

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 mai 1901, à 1 heure

PAR

Heni PERREAU

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

DU

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

ET EN PARTICULIER

De l'action de l'ipéca en lavage dans cette maladie

Président M. BRISSAUD, Professeur.

Juges MM. { LANDOUZY, Professeur.
ANDRÉ, Agrégé.
MÉRY, Agrégé.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....		M. BROUARDEL	
Professeurs.....		MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.	
Physiologie.....		CH. RICHEL.	
Physique médicale.....		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.	
Pathologie médicale.....		HUTINEL.	
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.	
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.	
Histologie.....		CORNIL.	
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.	
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.	
Thérapeutique.....		POUCHET.	
Hygiène.....		LANDOUZY.	
Médecine légale.....		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.	
Pathologie comparée et expérimentale.....		N.....	
		CHANTEMESSE.	
Clinique médicale.....		JACCOUD.	
		HAYEM.	
		DIEULAFOY.	
		DEBOVE.	
		GRANCHER.	
Maladies des enfants.....		JOFFROY.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.	
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.	
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.	
		LE DENTU.	
		TILLAUX.	
Clinique ophtalmologique.....		PANAS.	
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.	
Clinique d'accouchements.....		PINARD.	
Clinique gynécologique.....		BUDIN.	
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.	
		KIRMISSON.	
Agrégés en exercice.			
MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	GAUCHER.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MAUCLAIRE.	Vaquez.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	HEIM.	REMY.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
DELBET.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
DESGREZ.	LEGUEU.	TEISSIER.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de pathologie médicale

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1895-96

MM. les docteurs	RICARD	Hôtel-Dieu.
	DEMOULIN	—

1896-97

DALCHÉ	Beaujon.
DUQUET	Lariboisière.
MANSON	—

1897-98 (Externat)

COURTOIS-SUFFIT	Laënnec.
GINGEOT	Hôtel-Dieu.
HALLOPEAU	Saint-Louis.

1898-99 (Externat)

RICARD	maison Dubois.
--------	----------------

(1899-1900 Externat)

DREYFUS-BRISAC	Lariboisière.
----------------	---------------

1900

Prof. PINARD	clinique Baudelocque.
POTOKI	—
PAQUY	—

hommage de respectueuse reconnaissance.

A MM. les docteurs : de BOURDINEAU, LABOUBÉE
et LALLEMENT.

nos remerciements sincères pour les excellentes leçons pratiques qu'ils nous ont permis de prendre en nous confiant, depuis près de deux ans, leur clientèle pendant leurs absences.

Exposé général.

La pneumonie qui autrefois était confondue avec un grand nombre d'affections organiques du poumon, désigne depuis la magistrale description de Laënnec en 1819 un état morbide bien défini, et la découverte du germe-contage, cause de l'ensemble symptomatique général, est venu donner à la pneumonie lobaire une autonomie scientifique et définitive. On en connaît bien les diverses formes cliniques et anatomo-pathologiques.

Un point, et non des moindres pour le médecin, le traitement, malgré les longues et ardentes discussions qu'il a fait naître, n'a pu satisfaire les nombreux thérapeutes qui de tout temps ont cherché à enrayer la marche de la pneumonie.

Dujardin-Baumetz a pu dire avec quelque raison : « il n'y a pas de traitement de la pneumonie, il n'y a que des traitements des pneumoniques : » mais pourtant nous ne sommes pas désarmés devant cette maladie.

Dans ce travail nous allons indiquer comment notre maître, le docteur Dreyfus-Brisac, entend la pathogénie de la pneumonie. Puis après une revue des nom-

breuses médications employées jusqu'à ce jour dans cette maladie, nous essayerons d'exposer la méthode suivie depuis plusieurs années dans le service.

Et, à l'aide des observations que notre cher maître a eu la complaisance de nous confier et de celles que nous avons pu recueillir pendant et après notre année d'externat dans son service, nous montrerons les résultats obtenus. Ces résultats nous permettent de ranger cette médication parmi les meilleures employées jusqu'à ce jour et nous prouvent que, si nous ne pouvons pas encore arrêter sûrement la marche de la pneumonie, nous pouvons au moins lui livrer bataille et permettre à l'organisme d'engager la lutte dans de bonnes conditions.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I^{er}

Pathogénie.

Dans la pneumonie il y a deux stades importants à étudier :

- 1° La congestion pulmonaire ;
- 2° L'infection pneumococcique.

Le pneumocoque étant l'agent spécifique de la pneumonie, nous allons brièvement l'étudier.

Le pneumocoque vu pour la première fois par Klebs (1877) dans le mucus et le suc pneumonique et qui l'appela « Monas pulmonale », aperçu en 1881 par Koch et Eberth sur des coupes de poumon hépatisé, fut décrit tour à tour sous les noms de microbe septicémique de la salive (Pasteur, 1881), micrococcus Pasteuri (Sternberg), coccus lanceolatus (Talamon, 1883), diplococcus pneumoniae (Weischselbaum), diplococcus lanceolatus capsulatus (Foa et Bordini), streptococcus lanceolatus Pasteuri (Gamaleia), et aujourd'hui est désigné en France sous le nom de pneumocoque de Talamon-

Frenkel (1884-86), ou plus simplement sous celui de pneumocoque par opposition au pneumo-bacille décrit en 1883 par Friedlander comme agent pathogène de la pneumonie franche et depuis lors relégué à juste titre au rang de simple microbe saprophyte, parfois associé au pneumocoque dans les foyers d'hépatisation pulmonaire.

Le pneumocoque est un coccus allongé dont la forme ressemble à un fer de lance ou à un grain d'orge, l'une de ses extrémités est arrondie, l'autre est effilée, il mesure de $0,5 \mu$ à 4μ , se présente parfois isolé, plus souvent sous la forme d'un diplocoque, les deux coccus se regardant par leurs extrémités effilées, quelquefois sous formes de chaînettes courtes (4-6 coccus) et droites. Ces coccus sont entourés d'une capsule elliptique.

Le pneumocoque est un des microbes les plus fragiles que l'on connaisse, les cultures sur gélose, maintenues à 35° centigrades, perdent parfois au bout de quarante-huit heures, souvent au bout de trois jours, toujours au bout de huit jours leur vitalité et leur végétabilité.

Sa virulence est des plus variables.

Maintenant que nous connaissons l'agent pathogène, voyons comment se fait l'infection.

Congestion pulmonaire. — La seule cause déterminante de la pneumonie franche est l'invasion d'un pneumocoque virulent sur un terrain apte à le recevoir. Or ce terrain sur lequel se développe facilement le pneumocoque et qui va favoriser l'invasion du microbe et son action pathogène : c'est la congestion pulmonaire qui

est un excellent milieu de culture. Nous trouvons trois stades dans la congestion pulmonaire: 1^o stade de congestion avec les vaisseaux remplis de sang ; 2^o stade d'exsudation alvéolaire, séreuse d'abord, puis légèrement fibrineuse, et enfin 3^o stade d'exsudation franchement et abondamment fibrineuse avec plus ou moins de retentissement congestif sur la plèvre. C'est là la lésion locale, mais que ce poumon congestionné, *locus minoris resistentiæ*, soit envahi par le pneumocoque qui y trouve un excellent milieu de culture, et nous voyons apparaître les symptômes généraux de l'infection ; la congestion pulmonaire infectée est devenue : pneumonie.

Alors s'explique l'étiologie de la pneumonie : on y trouve toutes les causes de la congestion pulmonaire.

Causes réflexes. — Action de la chaleur sur les téguments (insolations, brûlures), les coliques hépatiques, les hernies étranglées et surtout cette cause si fréquente, le froid.

Causes compensatrices. — Lorsqu'il y a pleurésie du côté opposé ou après arrêt du flux menstruel ou hémorrhoidaire.

Causes irritatives. — a) Mécaniques, les traumatismes thoraciques, les poussières.

b) Toxiques, l'alcoolisme (l'alcool s'éliminant par le poumon), certains états pathologiques : fièvre typhoïde, grippe, rougeole, diphtérie, malaria, hémiplegie, aliénation mentale.

Ou certaines auto-intoxications : brightisme, diabète, arthritisme, goutte remontée ; le surmenage, la misère,

les influences morales et tous ces états où il y a accumulation dans le corps de produits, de déchets non éliminés ou insuffisamment éliminés.

D'après cette multiplicité des causes de la congestion pulmonaire nous voyons combien nous sommes exposés à l'infection pneumococcique, car le pneumocoque n'attend qu'une occasion pour envahir nos poumons.

Infection pneumococcique.—Pasteur, Sternberg et Salviati découvrent dans la salive le microbe que quelques années plus tard Talamon et Frænkel dénoncèrent comme l'agent pathogène de la pneumonie franche. Et depuis, de nombreuses recherches montrèrent que le pneumocoque se trouve assez fréquemment dans la salive, 20 fois sur 100 individus sains suivant Wolff; 15 % d'après Frænkel; 50 % suivant Goldenberg et Netter, et il faut remarquer en outre que le pneumocoque qui existe en moyenne dans la salive chez un cinquième des sujets qui n'ont pas eu de pneumonie antérieure se trouve chez les 4/5 des sujets qui ont déjà été atteints de pneumonie, ce qui explique les récives.

Cette fréquence de la présence des pneumocoques dans les cavités naso-bucco-pharyngiennes explique la facilité de l'auto-infection pneumococcique.

Il est vrai que toutes les pneumonies n'ont pas cette origine intérieure, elle peut aussi se propager par contagion. Cette contagion admise en 1858 par Schroter, soutenue par Mandelsohn, a pu être démontrée bactériologiquement par Netter en 1888.

Il est peu de microbes dont la virulence soit aussi variable que celle du pneumocoque qui tantôt est l'hôte

inoffensif de notre organisme sain, tantôt provoque les infections et les plus graves et les plus rapidement mortelles. Cette virulence est très variable suivant les individus. Et Netter est allé jusqu'à montrer qu'elle s'exaltait assez régulièrement en hiver et au printemps et aussi suivant les années. Mais cette exaltation saisonnière n'est-elle pas plutôt la conséquence de l'état du terrain qui à ces époques se trouve généralement moins résistant? L'hiver avec ses froids intenses et les misères qu'il engendre, le printemps avec ses variations brusques de température, n'apportent-ils pas justement les causes les plus fréquentes de congestion pulmonaire sur laquelle va se greffer l'infection pneumococcique.

En un mot n'est-on pas en droit de penser que ce n'est pas la virulence plus grande du pneumocoque qui augmente le nombre des pneumonies, mais les congestions pulmonaires plus fréquentes infectées par le pneumocoque, hôte habituelle de notre cavité buccale?

Mais, malgré cette présence presque normale du pneumocoque à l'entrée de nos poumons, si l'infection pneumococcique ne se produit pas toujours, c'est qu'à côté des causes adjuvantes de l'infection, il y a des *causes empêchantes*, celles qui empêchent l'infection de se produire ou qui, l'infection une fois produite, en atténuent les effets et permettent sans intervention thérapeutique à l'organisme de sortir victorieux de la lutte contre le microbe. Parmi ces conditions empêchantes les unes tiennent au microbe lui-même et les autres au terrain.

L'absence du pneumocoque dans la salive est la plus importante, et c'est celle que nous pouvons le mieux réaliser par l'isolement et l'antisepsie des cavités naso-bucco-pharyngées. Et lorsque le microbe existe dans la salive, il a à lutter contre le pouvoir microbicide de la salive normale qui en atténue habituellement la virulence.

Mais lorsque l'invasion est réalisée, l'organisme dispose de moyens de défense d'ordre chimique, mécanique et physiologique.

a) Aux moyens de protection d'ordre chimique, il faut rapporter la réaction acide faible mais évidente du parenchyme pulmonaire démontrée par Robin et Verdeil, et qui rend ce milieu normalement impropre à la pullulation du pneumocoque.

b) Les moyens mécaniques sont plus importants et plus efficaces. C'est la disposition coudée et ramifiée des canaux bronchiques, et la lubrification de leurs parois par le mucus glandulaire, qui s'opposent à la pénétration des microbes contenus dans les cavités naso-bucco-pharyngiennes, aidées par les cils vibratiles des cellules épithéliales et des efforts de toux qui les expulsent avec la salive quand ils ont pénétré dans la trachée ou les bronches.

c) Enfin les conditions physiologiques sont celles qui opposent à l'infection l'obstacle le plus sérieux : telle est la phagocytose active qui s'exerce au niveau du riche système lymphoïde du pharynx et en particulier des amygdales ; telle est aussi l'action phagocytaire exercée dans les poumons par les macrophages issus soit des

leucocytes (Slaviausky-Tchistowitch), soit de l'épithélium alvéolaire (Virchow-Ruppert). Ce sont ces phénomènes phagocytaires qui semblent s'opposer à la pénétration du pneumocoque dans la circulation et qui, le détruisant lorsqu'il y a pénétré, empêchent la septicémie de se produire ou les diverses manifestations extrapulmonaires du pneumocoque de se réaliser.

Mais lorsque ces diverses conditions de protection se sont montrées insuffisantes du fait de la congestion du poumon et que l'infection a lieu, la voie qu'a suivie le microbe est toujours la voie de propagation directe. Issue des cavités naso-bucco-pharyngées dont il est l'hôte habituel (auto-infection) ou accidentel (contagion), il a gagné le tissu pulmonaire par la voie ouverte devant lui, la voie laryngo-trachéo-bronchique.

Le pneumocoque présente à l'endroit où il s'est développé une action fibrinogène caractéristique. Netter attribue en grande partie la viscosité de ces exsudats fibrineux à la capsule mucilagineuse du pneumocoque. Cette exsudation fibrineuse est souvent accompagnée ou suivie d'une exsudation sanguine qui se surajoute à l'exsudation alvéolaire de la congestion préexistante.

L'action pyogène du pneumocoque longtemps méconnue, niée par Talamon, est actuellement admise sans contestation : le pneumocoque peut provoquer par sa seule présence la formation de pus sans que l'intervention d'un autre microbe pyogène soit nécessaire.

Dans toute infection pneumococcique les symptômes généraux dominent la scène morbide et d'eux seuls

dépend toute la gravité de la maladie. L'intoxication est tout, la lésion locale est moindre. En effet, dans la pneumonie où l'hépatisation du parenchyme semble tout tenir sous sa dépendance, il n'est pas jusqu'à la dyspnée qui ne doive être rapportée à une origine toxique, puisque, subitement au moment de la crise, les phénomènes généraux et les troubles fonctionnels disparaissent alors que le parenchyme pulmonaire demeure aussi impropre à ses fonctions qu'il l'était avant la crise.

Là où le pneumocoque pullule, il provoque la formation de toxines dont la résorption détermine les symptômes généraux ; leur intensité et leur gravité dépendent de la quantité ou de la qualité des toxines produites et résorbées.

La toxine du pneumocoque ou pneumotoxine de Klemperer a été étudiée par Foa-Scabia, Klemperer, Emmerich, Issaëff et Mosny. Elle est très instable, elle est détruite par le chauffage à $+ 60^{\circ}$ et son activité dépend de la virulence du pneumocoque qui l'a sécrétée.

Des expériences et des succès des frères Klemperer, de Foa, Carbone et Scabia (1891-1892), de C. Janson, on ne peut actuellement rien conclure de la thérapeutique de la pneumonie franche par l'emploi du sérum des animaux vaccinés contre l'affection pneumococcique. Mais si nous ne pouvons pas atteindre directement le microbe ou neutraliser les effets nocifs de la toxine, nous pouvons essayer d'attaquer sa vitalité et empêcher indirectement sa pullulation en rendant le terrain impropre à

son développement et c'est ce but que nous nous efforçons d'atteindre par l'administration de l'ipéca en lavage.

Mais avant d'aborder cette médication particulière, voyons les divers et multiples traitements employés jusqu'à ce jour contre la pneumonie.

DEUXIÈME PARTIE

Du traitement.

CHAPITRE I^{er}

Considérations générales.

La pneumonie ne présente pas toujours le type régulier ; malgré sa tendance naturelle à la guérison, de nombreux incidents peuvent surgir et souvent la guérison n'est pas fonction de la maladie mais le résultat de l'habileté du médecin quand elle ne reste pas au-dessus de ses efforts. Ces évolutions irrégulières de la maladie présentent au praticien un vaste champ d'action. Et son devoir est de faire rentrer l'évolution morbide dans sa voie normale, et si cet idéal ne peut que rarement être atteint, il doit essayer de s'en rapprocher le plus possible.

On peut diviser en quatre catégories ces formes irrégulières qui dépendent soit : 1^o de la prédominance de tel ou tel symptôme ; 2^o de l'addition de lésions exceptionnelles ; 3^o de la marche de la maladie ; 4^o de l'état antérieur du sujet.

1^{re} CATÉGORIE. — *La douleur de côté* souvent due à une pleurésie concomitante d'intensité variable est

parfois insupportable. Le malade ne peut prendre de repos tant il souffre et, il faut le soulager à tout prix.

La dyspnée qui parfois peut arriver jusqu'à l'orthopnée si émouvante pour le malade et l'entourage et devant laquelle on ne peut ni doit rester indifférent.

L'hyperthermie si elle persiste pendant plusieurs jours au-dessus de 40° ou 40°5 est le symptôme d'une pneumonie grave, elle est en général accompagnée de troubles généraux proportionnels et réclame une thérapeutique spéciale.

Le délire peut survenir en dehors de l'alcoolisme, il faut alors s'assurer qu'il n'est pas le symptôme de complications cérébrales (méningite cérébrale ou cérébro-spinale).

L'ictère qui se présente dans la forme bilieuse.

L'état typhoïde, dans la forme adynamique, et qui est caractérisé par un anéantissement des forces, par une hypertrophie splénique, de l'albuminurie, des épistaxis, de la diarrhée et une température élevée. Cette variété, dit Quinquand, se distingue de la pneumonie franche par les lésions hématiques ; tandis que dans cette dernière l'hémoglobine et le pouvoir oxydant restent normaux, dans les premières au contraire les lésions sont bien accentuées, le sang dénote des altérations multiples.

2° CATÉGORIE. — *La suppuration du poumon* est une des complications les plus graves de la pneumonie et la mort en est la terminaison générale du 8^e au 19^e jour. On reste ordinairement impuissant contre l'état local, mais il faut pourtant chercher à soutenir les forces du

malade pour lui permettre de courir des chances de guérison.

La pneumonie du sommet est considérée comme plus grave que la pneumonie du lobe moyen ou inférieur et il faut en surveiller attentivement l'évolution, car suivant Peter, le sommet aurait une vitalité moindre que les autres parties du poumon; dans cette catégorie, entrent : les pneumonies doubles, la pneumonie massive de Grancher, les complications pleurales, cardiaques, péricardiques, méningitiques, etc.

3^e CATÉGORIE. — Elle comprend les pneumonies à marche plus ou moins rapides : la pneumonie abortive, la forme prolongée et périodique.

4^e CATÉGORIE. — Il faudra aussi s'inspirer, pour le traitement, de l'état antérieur du malade, de son âge, de son état social, de son état morbide (alcoolisme, brightisme, diabète, goutte, hémiplegie, etc.).

D'après ce rapide exposé des différentes formes de pneumonies et des différents facteurs que l'on rencontre chez les pneumoniques et qui en changent la marche régulière, et dont par conséquent il faut tenir compte, on conçoit la complexité du problème que soulève le traitement de la pneumonie aiguë.

Autrefois la majorité des médecins traitaient la maladie elle-même ou du moins croyaient l'attaquer dans sa nature intime.

Par la saignée, ils voulaient débarrasser l'organisme des humeurs peccantes fixées dans les poumons et enlever avec le sang les matériaux de la phlogose et pen-

saient faire éteindre ainsi, faute d'aliment, l'inflammation.

Par le tartre stibié ils voulaient déprimer l'organisme, appauvrir ses ressources et le transformer en un terrain momentanément infécond sur lequel la maladie ne pourrait prendre racine.

On mettait ainsi le malade dans un état qu'on supposait défavorable au développement de la maladie, regardée alors comme un parasite. On supposait que, en dehors de l'organe malade, le reste de l'économie était resté ce qu'il était auparavant. C'est cette croyance en un organisme resté sain et résistant en face d'un organe malade qui a fait commettre de si graves abus. Car souvent l'organisme succombait sous les attaques qu'il supportait de la part du traitement beaucoup plus que de la maladie elle-même.

Dans la première moitié du siècle dernier, de nouvelles conceptions de l'inflammation, les découvertes des inflammations spécifiques amènent de grands changements dans la thérapeutique de la pneumonie. Les théories de la saignée et du tartre stibié deviennent suspectes, surtout quand l'école de Vienne, l'école nihiliste comme on l'appelait, vint montrer que les pneumonies guérissent souvent lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes. On se divise alors en deux camps. Les uns acceptent l'expectation systématique, les autres n'osent encore abandonner la saignée ni le tartre stibié, car il est impossible que tant de médecins illustres aient traité la pneumonie par la saignée et le tartre stibié sans qu'il y eût là quelque chose de bon », mais ils atténuent la

rigueur du traitement et se servent de ces deux moyens non plus pour guérir la maladie mais seulement pour l'atténuer.

La médication active a été ébranlée par l'expectation et celle-ci à son tour va être remplacée par la médecine d'indication.

Todd introduit le traitement par l'alcool, et l'école allemande mettant en lumière les dangers de l'hyperthermie, emploie non plus les antiphlogistiques, mais les antithermiques (digitale, sulfate de quinine, véralrine, réfrigération). Et maintenant on tend encore à se relâcher peu à peu, et l'expectation non plus systématique, mais l'expectation armée semble être le traitement le plus généralement admis.

Nous allons étudier un peu plus en détail cette évolution thérapeutique de la pneumonie, et dès maintenant nous pouvons diviser les divers traitements préconisés contre la pneumonie, en trois groupes principaux :

- 1° Traitements spécifiques de la pneumonie ;
 - 2° Expectation ;
 - 3° Traitements symptomatiques.
-

CHAPITRE II

Des divers traitements employés dans la pneumonie.

1° Traitement spécifique de la pneumonie.

Les anciens qui n'avaient pour se guider, ni l'auscultation, ni la percussion, avaient fait de la pneumonie le type des phlegmasies. Et devant le début si brusque et à la fois si solennel de cette affection, devant l'intensité des phénomènes fébriles (1), le trouble profond apporté à la respiration, la consistance et la couleur de l'expectoration, cherchèrent un traitement proportionnel à la rapidité et à l'intensité des symptômes. « Il fallait triompher de la maladie », disait Sydenham. Et pendant de longues années on institua contre la pneumonie les traitements les plus énergiques.

Au xviii^e siècle, Van Swieten et Boerhaave font bien

(1) Le thermomètre fut employé en 1638 par Santorius pour constater les variations de la température, et c'est grâce à Traube et Wunderlich qu'il entra dans la pratique journalière des hôpitaux et de la clientèle.

quelques tentatives pour établir un traitement hygiénique, mais ces essais sont vite oubliés et on revient plus que jamais aux traitements les plus violents et les plus sévères ». On s'adresse à la médication spoliatrice qui amène une perturbation profonde de l'économie dont on s'inquiète moins que de la température qu'il *faut* abaisser. Et pour les médecins de la première moitié du siècle dernier, la saignée, le tartre stibié et le vésicatoire représentaient la trinité thérapeutique « hors de laquelle il n'y avait pas de salut. On pouvait discuter le nombre des saignées, la quantité d'émétique, la largeur des vésicatoires, mais nul n'aurait osé s'élever contre le dogme même, sous peine d'être traité d'hérétique de la médecine. »

Saignée. — La pratique de la saignée est très ancienne et malheureusement on ne connaît pas le nom de celui qui le premier eut le courage d'oser ouvrir la veine d'un malade dans un but thérapeutique.

L'histoire de la saignée dans la pneumonie peut se diviser en quatre périodes :

1° Une première période qui peut aller depuis Hippocrate qui saignait déjà dans la pneumonie jusqu'au xvii^e siècle. Pendant cette période la saignée était une règle absolue et les discussions à ce sujet ne portaient que sur le choix du côté, sur le choix de la veine à ouvrir, et la quantité de sang à retirer à chaque saignée.

2° La deuxième période va du xvii^e siècle à Broussais. Les médecins du xvii^e et du xviii^e siècle se dégagent de ces errements subtiles. La clinique a fait des progrès,

et on étudie avec soin les indications et les contre-indications de la pneumonie. C'est l'époque de Stall, Cullen, Hucham et Sydenham.

3^e La troisième période comprend l'époque de Broussais avec ses excès ; la méthode antiphlogistique donne un nouvel élan aux émissions sanguines, et l'on voit alors Bouillaud saigner jusqu'à la syncope et formuler en 1837 la méthode de la saignée :

« 1^{er} jour : Saignée du bras de 4 palettes le matin, et 8 le soir. Dans l'intervalle des deux saignées on appliquera trente sangsues ou mieux des ventouses scarifiées jusqu'à soustraction de 3 à 4 palettes de sang :

« 2^e jour : Une seconde saignée du bras de 3 à 4 palettes et si la douleur persiste une nouvelle application de ventouses et de sangsues analogues à la veille.

« 3^e jour : Si la maladie n'est pas jugulée il faut pratiquer une 4^e saignée du bras de 3 à 4 palettes.

« 4^e jour : Si la maladie *résiste* on doit faire une 5^e saignée de 3 palettes environ et appliquer un large vésicatoire.

« 5^e, 6^e et 7^e jour : Le plus souvent la guérison a lieu à cette période mais dans les pneumonies très graves on est obligé de pratiquer une 6^e, 7^e, 8^e et même 9^e saignée un peu moins copieuses que les premières (2 à 3 palettes).

« En règle générale on ne doit renoncer aux émissions sanguines que lorsque la réaction fébrile est nulle ou presque nulle et que la dyspnée ainsi que la douleur cessent presque complètement » (1).

(1) *Clinique médicale de la Charité*, Paris, 1837, tome III.

On voit d'après cet exposé quelle lutte acharnée le médecin livrait à la maladie.

En 1853, Valleix dans son *Guide du médecin praticien* se montre encore partisan de cette méthode.

4^e période. — Mais de telles exagérations ne devaient pas tarder à susciter des doutes, des répugnances et l'on soumit les effets de ces saignées à outrance à de sévères enquêtes. (1828) Louis l'attaque, Becquerel montre dans ses statistiques de l'Hôpital des Enfants, que la saignée est inutile, et Skoda en 1847 se met à la tête de l'opposition.

En 1852, Dielt publie plusieurs statistiques et de nombreuses observations où il montre les bienfaits de l'expectation qu'il considère comme le meilleur traitement.

Grisolle, dans son *Traité de la pneumonie*, ne méprise pas complètement la saignée, mais en étudie avec soin les indications et contre-indications. Chez les vieillards il ne l'emploie que très rarement par crainte du collapsus. Chez les enfants il préfère les émissions sanguines locales par les sangsues, à cause des difficultés d'une saignée générale et par crainte aussi du collapsus. De même il conseille de ne pas saigner dans les pneumonies secondaires, car le malade déjà affaibli, débilité par l'affection primitive, pourrait ne pas avoir la force de supporter une perte de sang même peu abondante.

Le meilleur moment pour saigner est le début de la maladie, dans les quatre premiers jours, mais encore ne doit-on jamais fixer d'avance la quantité de sang à extraire, qui doit dépendre de l'état du sujet et de la maladie, car « jamais la pneumonie ne peut-être jugulée par

les émissions sanguines faites le plus largement possible ». Mais malgré la connaissance des effets inutiles et parfois dangereux de ces saignées trop abondantes, malgré ces règles qui modèrent la largesse des médecins en fait d'émissions sanguines, on n'ose encore rompre avec cette méthode spoliatrice. Et Grisolle lui-même qui avait vu que la saignée est parfois inutile, qui en avait indiqué les contre-indications, préfère cette méthode à l'expectation autour de laquelle on commençait à faire quelques bruit. « Depuis 1840, dit-il, l'expectation d'abord timidement recommandée, est devenue une méthode qu'on n'a pas craint de généraliser à l'exclusion de toutes les autres, à l'exclusion surtout des émissions sanguines signalées comme nuisibles et mêmes comme désastreuses. Les opinions nées dans le pays d'outre-Rhin n'ont fait heureusement en France que peu de prosélytes. S'il est vrai, comme dit Bordeu, qu'embrasser l'expectation ou une méthode thérapeutique active, soit surtout une affaire de tempérament et que les médecins expectateurs soient rares chez les peuples naturellement vifs, on peut prédire que cette méthode ne sera jamais prônée que fort exceptionnellement chez les peuples de races latines (1). »

Pourtant malgré cette prédiction de Grisolle le nombre des détracteurs de la saignée augmente grâce à l'école de l'expectation qui fait connaître le type cyclique de la pneumonie et en montre l'indépendance et la spontanéité. On reconnaît que la saignée pas plus que

(1) GRISOLLE. — *Traité de la pneumonie*, p. 563.

les autres médications n'est capable d'abrégér le cours de la maladie et que l'amélioration obtenue est souvent une coïncidence avec la terminaison naturelle de l'affection. Les partisans de la saignée sont ébranlés dans leur conviction, ils commencent à douter et bientôt la saignée ne sera plus considérée que comme une médication secondaire ; le professeur Jaccoud dans ses cliniques, précise, et donne trois indications de la saignée : 1^o La dyspnée intense ; 2^o les troubles mécaniques de la circulation pulmonaire avec œdème ; 3^o les phénomènes de stase encéphalique.

La saignée pour ceux qui l'emploient encore a donc complètement changé de but ; elle ne sert plus à *juguler* la maladie, elle fait partie de la médecine d'indications. On sait à présent, comme le dit Peter, « quel'on ne peut traiter une maladie avec un traitement unique car nous n'avons pas à traiter des pneumonies, mais des pneumoniques. » Ces mots résument le progrès accompli.

On saigne encore, mais sous de nombreuses réserves et en suivant des indications précises et peu nombreuses. Car la physiologie pathologique a fait des progrès, on connaît les lésions de la pneumonie, on a étudié et l'on sait les effets et les dangers du traitement spoliateur, de la perte de sang chez un pneumonique.

En effet lorsqu'on retire du sang par la saignée, la tension artérielle qui existait dans la circulation pulmonaire se trouve aussitôt diminuée, la stase périphérique diminue autour du tissu hépatisé et cette perméabilité plus grande du poumon, ce renouvellement plus rapide

et plus complet du sang dans l'appareil respiratoire, cette aération plus facile, amènent un grand et immédiat soulagement au malade. Mais cette amélioration est de bien courte durée, car à peine au bout de quelques heures le sang extrait est remplacé par de l'eau, et les mêmes troubles mécaniques de la circulation pulmonaire se reproduisent. Il faut alors répéter les saignées si l'on veut soulager de nouveau le malade encore plus gêné que la première fois. Mais la saignée a d'autres inconvénients encore et ceux-la d'ordre chimique. Elle détermine d'importantes modifications dans le liquide sanguin par l'augmentation de l'eau, l'accroissement de la fibrine, la diminution des globules et justement ces modifications ajoutent encore aux causes de la dyspnée. C'est donc le malade qui paye les frais de ce soulagement momentané. Et souvent il n'est pas capable de payer cette dépense. Il est donc bien important de bien réfléchir avant d'imposer au patient cette « dépense de luxes, comme dit le professeur Jaccoud, car quelque grand que soit le soulagement, la durée de la maladie n'en est pas modifiée d'une heure, tenez-le pour certain. Et vous ne devez pas, dans le but de combattre un symptôme, quelque pénible qu'il soit, enlever à votre malade les ressources dont il a besoin pour attendre le terme de sa phlegmasie. »

Nous terminerons par ce que dit Robin des effets de la saignée. « Physiologiquement les émissions sanguines ont pour effet, en diminuant le nombre des globules rouges, et la quantité d'hémoglobine, d'affaiblir le pouvoir absorbant du sang pour l'oxygène et par consé-

quent de faciliter l'asphyxie, de favoriser la dégénérescence graisseuse des tissus et en particulier des muscles, de débilitier le pneumonique, d'augmenter les chances du passage à l'hépatisation grise, de prolonger la convalescence. Et la simple inspection de nos malades ne permet pas la saignée qui semblerait un véritable assassinat, dans les conditions d'appauvrissement et d'épuisement général où se présente à nous l'immense majorité des pneumoniques (1). »

Emétique. — Paracelse paraît avoir employé le premier l'antimoine en thérapeutique. Mais après un livre de Louis de Launay de la Rochelle où il vantait les effets merveilleux de ce produit, un arrêt de la Faculté de médecine en 1566 le condamna solennellement. Pourtant on continue à étudier ses effets, Joseph Duchesnes (1575) dit qu'il purifie le sang. En 1585, Rembertin Dodonœus conseille la poudre du *crocus metallorum* contre la dyspnée.

En 1631, le médecin du duc de Mecklembourg, découvre le tartre stibié, et Ruland, en 1680, traite les maladies de la poitrine « per hanc panacem ». Et bientôt Louis XIV l'ayant expérimenté sur lui-même, et ayant éprouvé ses bons effets, fait casser par le Parlement l'arrêt de 1566.

Au XVIII^e siècle, tous les médecins se servent de tartre stibié à petites doses, comme vomitif.

Pendant l'épidémie de pneumonie bilieuse à Vienne (1776-1780), Stoll en retire de nombreux avantages, et

(1) ROBIN. — *Traité de thérapeutique*, t. VIII.

dit que « chez presque tous ses malades peu après le vomissement, l'oppression diminuait d'une façon remarquable, et chez quelques-uns même elle disparut complètement. La respiration devenait plus libre et les troubles de l'estomac cessaient, ou le plus souvent s'amendaient. »

Mais c'est avec le XIX^e siècle que commence la véritable époque de l'émétique, qui devient l'instrument de la célèbre théorie du *contro-stimulus* de Rasori. Rasori, médecin de Milan (1862), était convaincu que dans toute maladie aiguë, existait une diathèse de *stimulus*, et il s'efforçait d'en combattre les fâcheuses conséquences par une dépression thérapeutique de contre-stimulus, au moyen de tartre stibié à doses massives. Il allait jusqu'à faire prendre 62 grammes d'émétique pendant toute la durée de la pneumonie. Il fallait obtenir un état particulier qu'il appelait *tolérance* ou *aptitude*, et qui permettait au malade de supporter sans vomissement des doses plus ou moins considérables du médicament.

Rasori eut bientôt de nombreux imitateurs en Italie (Tomassini-Giacomini).

En France, Laënnec (1817-1826) étudie les effets du tartre stibié dans la pneumonie, et il est heureux d'employer cette nouvelle médication pour remplacer la saignée qui lui est peu sympathique. L'ayant expérimenté sur plusieurs malades, il voit en l'émétique une médication véritablement merveilleuse, et exagérant certainement ses effets il s'exprime ainsi : « Au bout de 24 ou 48 heures au plus, souvent même au bout de 2 ou 3 heures on obtient par cette méthode une amélioration notable de

tous les symptômes. Quelquefois même, un malade, qui paraissait voué à une mort certaine, est au bout de quelques heures hors de danger, sans avoir éprouvé aucune crise, aucune évacuation, aucun autre changement notable, en un mot, qu'une amélioration progressive et rapide de tous les symptômes; et l'exploration de la poitrine montre les raisons de ce changement subit par l'apparition de tous les signes de la résolution. Des effets aussi tranchés peuvent être obtenus à toutes les périodes de la maladie et même à l'époque où une grande partie du poumon est envahie par l'infiltration purulente. »

On comença par l'employer comme adjuvant de la saignée, mais bientôt lui fut opposé et la remplaça.

Blache, Récamier, Trousseau le proclament comme la meilleure médication, le meilleur antiphlogistique lorsqu'on l'emploie d'une manière convenable.

Rilliet et Barthez lui trouvent une influence sur le mouvement fébrile et la respiration et pensent qu'il peut même arrêter la phlegmasie.

Grisolle signale ses effets sur la marche et la terminaison de la pneumonie.

Mais malgré cet engouement, la méthode expectative qui avait porté des coups funestes à la saignée, ne tarda pas à atteindre aussi la méthode radorienne. Guy Patin et Maurice Raynaud en 1835 lui font une vive opposition. Quelques accidents dus aux doses massives sont signalés. On commence à redouter ces doses énormes,

on n'est plus aussi confiant dans la théorie et les effets merveilleux du contro-stimulus.

Andral, Bouillaud, Forget attaquent avec violence l'émétique et vont jusqu'à dire qu'il peut causer la mort par les seuls efforts violents de vomissements qu'il entraîne, de l'état syncopal, de la tendance à la stase et aux coagulations intra-cardiaques qu'il détermine.

Bernheim plus modéré s'exprime ainsi : « Sans être sceptique en thérapeutique, je crois que l'efficacité du traitement raserien de la pneumonie est encore douteuse, je crois que l'émétique, comme au reste d'autres médications, a bénéficié des résultats dus à l'évolution naturelle spontanée de la maladie, je crois que son action antipyrétique ou contro-stimulante a été surfaite. »

Et pour l'émétique comme pour la saignée, il en fut de même. Après avoir été employé systématiquement pour juguler la maladie, on ne l'emploie plus que comme médication d'exception et ceux qui s'en servent encore ne l'acceptent qu'avec modération, préoccupés surtout des dangers possibles.

En effet l'émétique irrite et enflamme jusqu'à la formation de pustules et d'ulcérations, la muqueuse digestive, il épuise le malade par des évacuations profuses, il anéantit ses forces jusqu'à l'adynamie, produit la défaillance du cœur qu'il déprime jusqu'au collapsus et la syncope, et le professeur Jaccoud dans ses cliniques montre un jeune malade qui a été soumis pendant quatre jours à l'influence du tartre stibié et chez qui le traitement perturbateur n'a eu d'effets que sur le

malade mais non sur la maladie qu'il n'a pas abrégée d'une heure et qui a plongé le malade dans un collapsus complet qui lui a fait courir un danger réel, et il s'exprime ainsi : « A l'époque où l'on n'était pas renseigné sur la marche naturelle de la pneumonie, en voyant des pneumonies traitées par le tartre stibié entrer en résolution au cinquième, sixième ou septième jour, on a pu croire que cette crise rapide était le résultat direct de la médication. Mais lorsque l'observation de centaines de pneumonies abandonnées à elles-mêmes eut démontré que la résolution du cinquième au septième jour est la règle et que la défervescence plus tardive est l'exception, la présomption précédente dut tomber d'elle-même : elle tomba en effet et ne fut plus pour tout médecin impartial que le vestige de l'erreur d'un autre âge. C'est là un des progrès les plus considérables de la thérapeutique contemporaine. Savez-vous en effet ce qui arrive si l'on croit la lésion pneumonique directement justiciable de la médication stibiée ? On concentre toute son attention sur l'altération anatomique sans songer à l'individu qui en est atteint, on frappe à coups pressés sur le malade pour atteindre cette maladie rebelle et le patient succombe, non pas à sa pneumonie, dont il eût peut-être triomphé, mais à l'empoisonnement antimonial, résultat d'une thérapeutique aveugle et tumultueuse. Et ce n'est pas là, prenez-y garde, un fantaisiste tableau. Cela s'est vu pour l'émétique au temps de Rasori, comme cela s'est vu pour la saignée au temps de Broussais ; pour l'un, c'était la diathèse du stimulus qu'il fallait vaincre avec le tartre stibié ; pour

l'autre, c'était l'irritation qu'il fallait enlever avec le sang, pour ne pas dire avec le malade(1). »

Vésicatoire. — L'application des révulsifs remonte à la plus haute antiquité.

Celse recommande déjà de placer sur la poitrine des pneumoniques du sel mélangé de cérat pour provoquer une révulsion en ce point.

C'est Arétée qui introduisit le premier le vésicatoire à la cantharide dans le traitement de la pneumonie.

Depuis, cette médication est entrée dans la pratique du traitement de la pneumonie mais a soulevé de tout temps de nombreuses objections.

Pour Rasori les vésicatoires sont inutiles. Laënnec les considère comme nuisibles. Andral disait que loin d'amener un soulagement, le vésicatoire est souvent un tourment pour le malade. Rostan soutient que le plus souvent c'est un mal nouveau ajouté au mal déjà existant.

Fonssagrives plus conciliant croit qu'il n'a pas plus d'inconvénients démontrés que d'avantages probables.

Le vésicatoire n'a jamais eu le succès de la saignée ou de l'émétique, mais bien qu'ayant été attaqué presque dès son apparition, il a subsisté et à présent si les médecins qui saignent et qui donnent de l'émétique et encore avec grande modération, sont rares, ceux qui se servent encore du vésicatoire sont nombreux.

Le vésicatoire n'est pas encore sorti des mœurs et ses

(1) Jaccoud. — *Clinique de la Charité*, 1869, p. 64.

effets salutaires sur « les humeurs qu'il fait sortir » appartiennent encore à la croyance populaire. Aussi Robin peut-il dire avec quelque raison : « le vésicatoire joue un rôle diplomatique des plus importants dans la clientèle. Il satisfait l'entourage, il affirme le diagnostic d'affection pulmonaire. Il met à couvert la responsabilité du médecin en cas d'issus funeste car on n'a rien à reprocher au médecin et tout a été tenté, puisque le vésicatoire, espoir suprême et suprême pensée, a été appliqué (1). »

Et pourtant le vésicatoire n'est pas exempt de dangers, il n'a aucune action sur la marche de la phlegmasie, mais il introduit dans l'économie un principe toxique, susceptible dans certains cas, de déterminer des accidents de cystite ou de néphrite cantharidienne qui viennent aggraver d'autant la maladie, que le bon fonctionnement du filtre rénal est nécessaire pour l'élimination des produits infectieux. De plus il crée une plaie qui peut être la source de complications cutanées et inflammatoires, et détermine souvent de l'agitation et de l'insomnie.

2° De l'expectation.

« On donne en médecine, dit Littré, le nom d'expectation à des règles de conduite qui consistent à abandonner le malade aux seules ressources de la nature, sans intervenir dans le cours de l'affection par une médi-

(1) ROBIN. — *Traité de thérapeutique*.

cation active et en se bornant tout au plus à éloigner les agents et les circonstances nuisibles. »

Cette pratique avait déjà été mise en usage dans les temps anciens, sous le nom de médecine hippocratique, elle s'appuyait sur une doctrine mise en vogue par Hippocrate qui considérait les symptômes d'une maladie « comme un enchaînement régulier de phénomènes que la nature suscite dans un but de guérir et dont il importe de ne pas troubler la tendance spontanée sans une nécessité absolue. »

Au commencement du XVIII^e siècle, Boerhaave et van Swieten avaient déjà essayé les moyens diététiques et hygiéniques : 1^o si la pneumonie était légère, 2^o si l'expectoration abondante et facile était accompagnée de diminution des symptômes, 3^o si avant le septième jour les urines étaient abondantes, épaisses et laissaient déposer un sédiment rouge qui peu après devenait blanc.

Mais c'est Louis, en 1828, qui semble avoir porté le premier coup sérieux aux traitements à outrance de la pneumonie. « On ne jugule pas, dit-il dans un mémoire, les inflammations comme on se plaît trop souvent à le dire, et dans le cas où il paraît en être ainsi, c'est probablement ou parce qu'il y a eu erreur dans le diagnostic ou parce que l'émission sanguine a eu lieu à une époque avancée de la maladie, quand elle était voisine de son déclin. »

En France on avait peine à ne pas croire à l'importance d'une intervention active dans la pneumonie et, à Paris, on ne connaissait que deux médecins qui osaient s'élever contre la pratique admise par tous, c'étaient Biett et

Magendie qui répétait : « mais, vous n'avez donc jamais essayé de ne rien faire ! » Et toujours l'on saignait, et toujours l'émétique donnait des résultats merveilleux. Il fallut que l'école de Vienne, dite nihiliste, avec Skoda et Dietl, vint en 1841 répandre ses observations, ses statistiques, pour ébranler la méthode perturbatrice universellement admise.

Mais cette méthode nihiliste, si nouvelle, si révolutionnaire, ne fit pas autant de bruit qu'on eût pu croire. Elle fut reçue sans trop de secousses. Il est vrai que les travaux de Bretonneau sur l'inflammation spécifique, les découvertes et les progrès de la physiologie et de la physiologie pathologique étaient déjà venus transformer les idées anciennes.

On avait déjà reconnu les excès des méthodes broussaisienne et rasiérienne. On s'était bien modéré. On s'étonna un peu des résultats que donnait l'expectation, et qui paraissaient merveilleux, mais on osa l'expérimenter.

Un très grand nombre de médecins frappés des statistiques de Dietl qui même dans les pneumonies les plus graves se bornaient à ne donner que quelques tisanes pectorales, essayèrent la méthode. Mais ceux qui n'obtinrent pas les résultats espérés, attaquèrent violemment la nouvelle méthode. Pourtant malgré quelques résistances l'idée était lancée et prenait droit de cité. Les observations et les critiques affluèrent, on fit de nombreuses concessions, et ceux qui ne voulaient pas se rallier complètement à l'école de Vienne, lui reconnaissaient du bon et convenaient que dans certains cas on

pouvait fort bien laisser évoluer la maladie sans intervenir.

Un clinicien éminent, le professeur Magnus Huss, de Stockholm, déclare à la réunion de la Société des médecins suédois, le 30 mars 1852 qu'il a successivement abandonné dans le traitement de la pneumonie, la saignée et les ventouses sacrifiées, qu'il est convaincu que la pneumonie doit fatalement parcourir ses phases, qu'il faut prendre garde de contrarier la nature, qu'il est profitable de la prendre pour guide. Il est partisan de l'expectation mais sous bénéfice d'inventaire, lorsque l'hépatisation rouge est constituée, qu'elle ne tend pas à s'étendre, qu'elle est sans complication grave et que la maladie date de cinq à six jours, à plus forte raison il s'abstient s'il existe déjà des signes de résolution ; mais il intervient, par contre, plus ou moins activement si l'hépatisation se propage et lorsqu'elle tend à se transformer en hépatisation grise.

Le professeur Bennett, d'Edimbourg, résume en 1857 ses cliniques en disant: « la voie véritable à suivre dans la pneumonie, c'est de soutenir, de restituer (je ne dis point stimuler) les fonctions nutritives de l'économie, en évitant tous les remèdes débilitants. »

Laboulbène, Charcot insistent encore sur les bienfaits de l'expectation et condamnent les médications actives qui sont inutiles, souvent mêmes dangereuses puisqu'elles ne modifient ni la marche, ni la durée de la maladie.

Legendre, Barth et leurs élèves montrent les succès obtenus par l'expectation dans la pneumonie chez les

enfants et sur ce point rencontrent bien peu de contradicteurs.

En 1863, le professeur Bondet, de Lyon, s'exprime ainsi :

« Les succès obtenus par l'expectation sont de nature à donner un nouveau démenti à l'idée généralement acceptée d'opposer toujours une médication énergique à la pneumonie. Ils peuvent servir d'encouragement aux médecins décidés à entrer dans cette voie de réforme ou pour mieux dire de simplification thérapeutique. »

L'expectation est donc définitivement adoptée. Mais comme toute médication exclusive elle a ses défauts et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les critiques du professeur Peter : « La question a été mal posée par Diel et ses imitateurs. Toutes les médications systématiques sont mauvaises, chacune n'étant spécialement bonne que pour des cas déterminés ; seulement l'expectation ne faisant rien ne trouble pas la nature et laisse au moins au malade la chance de guérir, au cas où la guérison peut spontanément s'opérer.

« Au contraire cette chance même est ravie à l'infortuné pneumonique que maltraite à contre-temps l'énergique médication contro-stimulante ou antiphlogistique impitoyablement appliquée en dépit des indications.

« Ces médications sont ici directement malfaisantes, elles ne s'opposent pas seulement à la guérison spontanée, elles ajoutent au mal primitif le mal qui résulte de leur application à contre-sens, tandis que l'expectation ne peut mal faire qu'indirectement. Mais à ceux qui l'emploie je ne sais aucun gré de la guérison ; ils n'y sont

pour rien ; je ne les tiens responsables que des morts ; qu'ont-ils fait pour empêcher la catastrophe ?

« Maintenant si l'on ne catégorise pas les pneumonies, si l'on n'y sait pas distinguer les indications spéciales et si l'on veut appliquer indistinctement à toutes une exclusive médication, il faut le reconnaître, l'expectation sera la moins périlleuse de ces médications déraisonnables.

« C'est une arme non chargée mise aux mains des maladroits, qui ne tue pas, mais ne doit pas défendre. »

L'expectation est venue remplacer la saignée et l'émétique parce que le traitement était trop actif. Mais la nouvelle méthode pêche par excès contraire.

Si l'ancienne médication faisait trop, la nouvelle fait trop peu.

Mais devant certains symptômes le médecin ne devait et ne pouvait pas rester indifférent, la médecine d'indications allait naître.

Todd pense qu'il faut soutenir le malade pour lui permettre de supporter les attaques de la maladie. Les travaux de l'école allemande mettant en lumière les dangers de l'hyperthermie, on emploie non plus les antiphlogistiques, mais les antithermiques et alors nous allons voir la longue série des médicaments que chacun essaye pour chaque symptôme et qui donnent pour chaque expérimentateur des succès passagers. On ne traite plus les pneumonies, mais les pneumoniques.

3° *Traitements symptomatiques.*

Alcool. — Ainsi donc les théories du traitement de la pneumonie se déplacent totalement. On pense maintenant que, comme le disait Kœlténbrunner, « il faut un certain degré de force pour résoudre une phlegmasie ». La règle était de déprimer le système nerveux, elle est à présent de le soutenir, de l'exciter même. On déprimait l'organisme pour affaiblir la maladie, on exalte maintenant les forces du malade pour lui permettre de résister à la maladie. Cette révolution fut l'œuvre de l'illustre clinicien anglais Todd (1860). Et Béhier, en France, eut assez de conviction et de courage pour préconiser les alcools si redoutés contre une affection regardée comme le type des inflammations.

Todd indique nettement l'idée directrice de sa méthode : il considère la maladie aiguë comme l'effet de la présence dans l'organisme d'une matière morbide, cette matière doit s'éliminer par les voies de sécrétion et d'excrétion, le but du traitement est d'imiter la nature en provoquant une crise, mais pour que cette crise ait lieu, il faut que le malade puisse lutter jusqu'au moment décisif. Il faut donc soutenir ses forces, par conséquent le nourrir. Or, une alimentation solide est impossible ; mais un aliment léger et substantiel est nécessaire. Cet élément, quel sera-t-il ? On a le bouillon, le lait, le jus de viande. Mais l'alcool est meilleur, il est plus aisé à prendre, plus facile à assimiler. Ainsi Todd ne traite pas la pneumonie par l'alcool, il donne l'alcool pour

laisser à la pneumonie le temps d'évoluer naturellement.

L'alcool est, en effet, un puissant modificateur. Dès qu'il est absorbé, il exerce une stimulation énergique et presque instantanée sur le système nerveux. Son effet sur la température qu'il abaisserait n'est rien moins que contestable. On a longuement discuté pour savoir si, comme l'enseignait Liebig, l'alcool était un agent d'épargne, un véritable aliment respiratoire. Perrins, Lallemand et Duroy ont fait de nombreuses expériences à ce sujet et ont conclu que l'alcool est éliminé en nature par les sécrétions, qu'en conséquence il n'est pas brûlé dans l'organisme, qu'il ne peut jouer aucun rôle dans la nutrition et que son action se borne à une stimulation directe et immédiate du système nerveux. Mais des recherches de Strauch, Baudot et de Schulerius (1866), il ressort que l'élimination de l'alcool n'est que partielle et que la quantité éliminée est plus faible que celle absorbée. Il y a donc une partie de l'alcool ingéré qui est brûlée dans l'économie, cela suffit pour lui valoir son nom d'*aliment d'épargne* et l'action de l'alcool n'est donc pas bornée à l'excitation dynamique du système nerveux, il favorise la transformation de la chaleur en force. Et la combustion exagérée qui est sous la dépendance de la fièvre, est entretenue en partie par l'alcool absorbé au lieu d'être alimentée tout entière par la substance organique elle-même.

L'alcool sert donc à réveiller l'excitabilité du système nerveux et à modérer la dépense matérielle du malade.

Mais comme avec toute médication il ne faut pas

faire d'abus. Il ne faut pas exagérer ces doses qui amèneraient alors l'ébriété et les accidents de l'alcoolisme aigu. Et il ne faut pas non plus en faire un usage trop prolongé, car on risque d'amener un état asphyxique que l'on cherche à combattre. Ces dangers ne doivent pas faire exclure cet agent précieux dans les cas d'adynamie. « Maniez, dit Jaccoud, ce médicament avec les précautions qu'exige sa puissance et vous en aurez tout l'effet utile sans avoir rien à craindre de ses effets toxiques. »

Digitale. — On avait remarqué que la digitale abaissait la température et diminuait le pouls. Rasori trouva là quelques phénomènes qui ressemblaient à ceux obtenus par le tartre stibié. Et en effet il lui trouva une action contro-timulante à haute dose. Mais l'irrégularité du pouls lui masquait les changements qui pouvaient survenir dans la circulation du fait de la maladie et il l'abandonna.

Traube en 1850 reprit la question et publia des observations encourageantes, mais la digitale avait vraiment de la difficulté à entrer dans la thérapeutique de la pneumonie; pourtant en 1862 Hirtz et ses élèves s'en montrèrent très partisans et s'en firent les ardents défenseurs. Mais rien n'y fait; on n'ose pas se servir du médicament, et ceux qui l'emploient le font avec réserve et n'osent pas s'y fier.

Et il faut attendre en 1882 pour voir Pétrescu, professeur de thérapeutique de Bucarest, préconiser la digitale aux doses énormes de 4 à 10 grammes par jour en infusion dans le traitement de la pneumonie et

essayer de démontrer que cette méthode est la meilleure et donne les meilleurs résultats obtenus jusqu'ici (2 % de mortalité seulement), qu'elle est exempte de danger, et ne produit jamais de phénomènes d'intoxication, vomissements, diarrhées, irrégularité du pouls, collapsus, etc.

Il eut des imitateurs, Fikl (de Vienne) qui commença d'abord avec quelque crainte, mais bientôt à son tour se montra grand partisan de la digitale à haute dose et publia des observations dans lesquelles on peut remarquer surtout la convalescence singulièrement rapide des pneumoniques traités ainsi. Malgré les essais que ces observations encourageantes avaient fait naître, ou se montra réservé pour faire de la digitale à haute dose un traitement spécifique. C'est que la digitale ne donnait pas dans les mains d'autres expérimentateurs ces beaux succès venus de Bucarest. Il y avait en effet de nombreuses causes d'erreur : d'abord la difficulté de se procurer des feuilles de digitale ayant mêmes propriétés, tant de causes pouvaient en changer les effets (récolte, âge, conservation, etc.); puis Petrescu et Fikl avaient expérimenté sur des soldats, c'est-à-dire des jeunes hommes robustes chez qui la pneumonie a une tendance naturelle à la guérison et chez qui la pneumonie grave est rare. Et de même qu'ils supportaient facilement les atteintes de la maladie, leur cœur supportait vaillamment les effets de la digitale qui à ces doses élevées amenait le collapsus chez les malades d'hôpitaux civils, si souvent des tarés et des affaiblis. La plupart redoutèrent avec raison ces doses élevées qui sont toxiques et dé-

pressives. « Avec la digitale, dit Jaccoud, si vous oubliez dans votre dépression artificielle la mesure compatible avec les forces de l'individu, vous produisez l'épuisement nerveux, et vous passez avec une rapidité souvent terrifiante de la détente au collapsus. Mais si la digitale comme traitement systématique de la pneumonie ne donne pas de résultats heureux et doit être écartée, c'est un médicament actif et précieux dans le traitement d'indications. Chez certains pneumoniques, chez certains vieillards, la maladie est au poumon, le danger est au cœur, et dans ces cas la digitale rend de signalés services. »

Sulfate de quinine. — Briquet en 1853 ayant fait une injection de quinine dans une veine jugulaire reconnut qu'il y avait presque aussitôt une diminution de la tension artérielle et un ralentissement marqué du pouls. Il continua ses expériences, et usa de la quinine à hautes doses dans les pyrexies. Vogt, en 1859, l'emploie dans la pneumonie. Jurgenson la donne jusqu'à 5 grammes d'un coup; sans doute la température diminue, mais la cause de la maladie et de la fièvre n'est pas atteinte et le ralentissement des battements du cœur qu'elle détermine, preuve d'une perturbation assez profonde de la circulation, doit la faire écarter du traitement de la pneumonie.

Vératrine. — Il fallait trouver un médicament contre l'hyperthermie. On essaya l'alkaloïde, de l'ellébore blanc qu'Aran avait autrefois déjà employé dans la pneumo-

mie et dont Vogt en Suisse publia les bons effets. En Amérique la vératrine jouissait de la réputation d'un véritable spécifique de la pneumonie, comparable au sulfate de quinine dans l'impaludisme. On employait 4 à 5 gouttes de teinture jusqu'aux nausées et au ralentissement du pouls.

Après quelques expérimentations, les critiques ne tardèrent pas à s'élever et ceux qui ne lui trouvent pas des effets funestes, pensent qu'elle n'a aucune action. Duchek termine un mémoire en disant : « Les moindres variations observées dépendaient non de l'action de la vératrine mais du caractère et du degré de l'inflammation du poulmon. En somme, le médicament ne produit aucune action appréciable sur la maladie qui augmente, diminue, se termine comme si rien n'avait été fait. » D'autres auteurs l'attaquèrent violemment et démontrèrent que c'était un médicament des plus dangereux.

Réfrigération. — Il fallait donc chercher ailleurs un antithermique.

Tous les médicaments qui abaissaient la température avaient une action déprimante et on savait maintenant que le pneumonique a besoin de tous ses moyens pour résister avec succès contre l'infection pneumococcique. C'est alors que l'on songe à remettre en honneur la réfrigération par l'eau. La méthode certes n'était pas nouvelle, il y a 200 ans, Bartholin, Brandès, administraient déjà le froid à l'état d'eau froide, de neige ou de glace dans le traitement des affections inflammatoires de la poitrine et en vantaient alors les bons effets.

Et c'est surtout en Allemagne et en Suisse que cette méthode fait de nombreux et fervents partisans.

En 1850 Vogt, à Berne, emploie systématiquement les bains froids dans la pneumonie. Liebermeister, à Bâle, expérimente la méthode et l'adopte. Lieber, à Breslau, proclame la balnéation froide comme le meilleur traitement de la pneumonie fibrineuse. Mayer, en 1870, voit sa mortalité diminuer d'une façon surprenante grâce au traitement. Jurgensen, de Kiel, se montre aussi chaud partisan des bains froids, mais il a remarqué que si le cœur était fatigué, il fallait craindre le collapsus et il donne des règles pour administrer les bains froids sans danger.

Ce danger du collapsus fait un peu changer la méthode, et ceux qui ont noté les bons effets de la réfrigération, mais qui ont eu quelques alertes, ne donnent plus les bains froids, mais emploient les enveloppements humides qui amènent de même que les bains froids, une diminution de la température, une sédation du système nerveux et une augmentation de la diurèse, mais dont l'application moins longue et moins énergique évite les accidents du côté du cœur.

L'hydrothérapie froide dans la pneumonie a donné lieu à de nombreux et intéressants travaux, et aujourd'hui compte de nombreux partisans, mais on a encore à lutter contre le préjugé populaire. Comment mettre dans l'eau ou dans des draps mouillés un malade qui tousse et qui a une fluxion de poitrine ! Certainement on veut faire mourir le malade à l'instant.

Et les médecins un peu timides qui ont entendu parler

des accidents de la balnéation, n'osent pas aller ainsi contre ce préjugé qui petit à petit se perdra, mais qui à l'heure actuelle existe encore bien puissant. Mais dans la pneumonie la température est-elle si élevée, et si longtemps élevée, pour qu'il soit indiqué d'employer une médication aussi énergique ? Et doit-on risquer des complications parfois graves pour diminuer cette hyperthermie passagère et que l'on ne comparera pas à l'hyperthermie de la fièvre typhoïde par exemple ?

Sans doute il est des formes de pneumonie avec une température qui se maintient fort élevée, une forme ataxo-adynamique, une forme typhoïde où l'état du malade se rapproche de celui d'un typhique à sa deuxième semaine, mais ces formes sont assez rares et n'expliquent pas qu'on érige en système pour toutes les pneumonies, le traitement indiqué pour les formes justement les moins fréquentes.

Barth qui a publié un certain nombre d'observations de pneumonie guérie, traitée par les bains froids, a émis à ce sujet ces quelques considérations : « Le premier soin à prendre avant d'appliquer les bains froids au traitement de la pneumonie, c'est de chercher si le cœur, les vaisseaux et les centres nerveux sont en état de les supporter. Si la réponse à cette question est franchement négative, par exemple chez les cardiaques, chez les diabétiques, chez les athéromateux, il sera prudent de s'abstenir et de ne pas risquer de hâter la catastrophe que l'on ne saurait empêcher. » Alors ne reste-t-il comme indication de la balnéation que les cas de pneu-

monie normale et régulière ? Il n'est pas alors nécessaire d'effrayer l'entourage ni dans froisser la croyance, pour un résultat que l'on pourra facilement obtenir en faisant plaisir à tous et sans risquer de gros ennuis.

Autres médications. — Maintenant que le médecin ne traite plus la pneumonie, mais les pneumoniques, chacun signale les heureux effets de la médication suivie par lui. Et aussi voyons-nous préconisées et réunies pour les mêmes maladies les médications les plus diverses dans leurs effets thérapeutiques usuels.

L'ergotine fut conseillée par les Américains. Wells, de New-York, communique les excellents résultats obtenus ; il obtiendrait une diminution notable de la durée moyenne de la pneumonie. Par contre, Pink, de Prague, affirme, au Congrès allemand de Wiesbaden (1900), que ces effets sont absolument nuls.

Le chlorure de calcium qui, dans les mains de Crombie, aurait donné d'excellents résultats.

Le salicylate de soude qui donna un succès à Lécorché et Talamon, mais dont les autres expérimentations ne donnèrent pas les résultats attendus.

Le bicarbonate de soude qui, au dire de Mascaqui, Lemaire (1853), rendrait les crachats moins visqueux et la toux plus humide et plus facile.

Le calomel, employé par Salvator Arigo, en 1874, a été expérimenté de nouveau par le docteur Smakosky ; il donne des prises de 0,05 centigrammes de calomel jusqu'à effet purgatif, et alors il remarque un abaissement

de la température et la sédation de tous les autres symptômes morbides.

Il pense ainsi que le calomel peut juguler et faire avorter la pneumonie fibrineuse. Cet effet thérapeutique serait dû, non pas à une action directe du calomel sur les lésions pulmonaires, mais à une action antiseptique générale du médicament qui détruirait les toxines pneumoniques circulant dans le sang et augmenterait ainsi la résistance de l'organisme contre le processus morbide local.

Les inhalations d'iodure d'éthyle qui, d'après le docteur Bartholow, de Philadelphie, exercent une action des plus favorables dans la pneumonie. Elles diminuent le malaise général, la toux et la dyspnée. Elles agiraient à la fois comme calmantes et microbicides.

L'acide phénique fut expérimenté par Groenway, de Plymouth, 1877.

L'acide salicylique donna quelques résultats entre les mains de James.

L'acétate de plomb aussi aurait donné des résultats d'après les observations de Strahl et Leudet (1860).

Les inhalations de nitrite d'amyle à hautes doses diminuèrent la dyspnée et atténuèrent les phénomènes stéthoscopiques d'après les observations de Hayem.

Les inhalations de chloroforme préconisées par Baumgartner et Warrentrap auraient donné de bons résultats.

Les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, que Fochier de Lyon eut l'idée de faire pour provoquer

artificiellement la formation d'abcès sous-cutanés, firent grand bruit au début.

Fochier avait remarqué qu'une suppuration localisée, survenant dans le cours d'une infection puerpérale généralisée, améliorait subitement celle-ci. Et il eut l'idée de chercher de produire artificiellement des abcès sous-cutanés dans les formes graves d'infection puerpérale. Il se servit pour cela d'injections d'essence de térébenthine. Le professeur Lépine de Lyon applique cette idée avec succès au traitement de la pneumonie. Le professeur Dieulafoy a publié aussi un succès, mais Chantemesse sur huit malades, eut huit résultats négatifs et pense que ces injections sous-cutanées d'essence de térébenthine comportent plus d'inconvénients que d'avantages.

Sérumthérapie. — Et la liste certes n'est pas close des médications essayées dans le traitement de la pneumonie. Cette nombreuse nomenclature est la preuve que ce n'est pas de ce côté que doivent se diriger les recherches pour arriver à découvrir le remède spécifique de la pneumonie. La bactériologie nous a appris à connaître l'agent pathogène, sa manière de vivre, ses propriétés physiologiques, c'est vers la sérumthérapie que nous devons nous tourner pour essayer de découvrir le véritable antipneumonique. De nombreux essais, de nombreux travaux ont déjà été faits, mais les résultats n'ont pas encore été satisfaisants. On cherche peut-être trop dans le sens d'un sérum véritablement antipneumococcique. C'est peut-être là qu'est l'écueil. Chaque maladie

aujourd'hui tend à avoir son agent propre, pneumocoque, bacille de Koch, bacille de Loeffler, bacille d'Eberth, de Nicolaïev, etc... Or, est-il admissible que l'on puisse trouver autant d'antibacilles ou d'antitoxines ? Et quand même on trouverait pour chaque agent pathogène un sérum microbicide, pourra-t-on inoculer aux malheureux malades ces multiples et différents sérums d'animaux immunisés ? N'y aura-t-il pas à craindre d'abord les effets destructeurs d'un sérum sur l'autre, et ensuite les effets nocifs occasionnés par l'union de tous ces sérums disparates dans l'organisme humain ? Quels effets feront-ils lorsqu'ils seront réunis ? Il pourrait y avoir de fâcheuses surprises.

« Il n'existe pas de fonction antitoxique innée, dit M. Vaquez (1), mais seulement un mode de réaction spécial de l'organisme développé au contact des toxines. C'est sur cette propriété qu'est basée toute la sérothérapie. Certainement et n'est-ce pas vers ce sérum qui donnerait au sang de l'homme malade un degré de stimulation phagocytaire capable de lutter avec avantage contre les microbes ou leurs toxines que les recherches devraient être faites ? Et M. Vaquez dit un peu plus loin : si l'on pouvait au moyen de sérums cytotoxiques spécifiques employés à doses élevées réfréner l'action envahissante de certaines catégories de nos cellules, comme dans les néoplasies malignes, ou leur action destructive, quand il s'agit de globules blancs phagocytes spoliant l'organisme de cellules nobles affaiblies,

(1) *Presse médicale*, 27 mars 1901.

si l'on pouvait, d'autre part, en usant de doses plus faibles de ces mêmes sérums, exciter la régénération et la vitalité de ces mêmes cellules disparues ou caduques, la thérapeutique ne serait-elle pas en possession de l'arme la plus puissante qu'elle ait jamais eue ? Mais cette merveilleuse conception due aux magnifiques travaux de Metchnikoff et de Bordet pourra-t-elle passer du rêve à la réalité ? Pourrons-nous jamais arriver à cette pharmacopée qui nous permettrait d'user de sérums spécifiques destructeurs ou excitateurs des divers éléments de l'organisme ?

Espérons et prenons patience ! Mais à l'heure actuelle toutes ces questions sont à l'étude, peut-être quelque découverte inattendue viendra-t-elle donner la solution de toutes ces inconnues et verra-t-on bientôt le succès couronné toutes ces arides et nombreuses recherches ». Mais en attendant ce jour heureux, voilà comment conclut M. E. Widai, à la Société de médecine de Paris (7 mai 1901) : Sauf le sérum antidiphthérique, aucun sérum n'a encore donné les résultats qu'avaient permis d'espérer des expériences de laboratoire trop hâtivement étendues à l'homme.

2° Il semble que tous ces sérums dits antitoxiques, n'agissent ni sur le microbe ni sur la toxine, mais sur les cellules de l'organisme qu'ils aident à lutter contre l'ennemi microbien.

3° En conséquence les sérums d'animaux immunisés ne semblent pas jusqu'ici avoir une action spécifique certaine, mais une action tonique générale.

M. Talamon a voulu essayer dans la pneumonie cette

action tonique générale des sérums, avec le sérum d'animaux immunisés. Il a expérimenté avec le sérum antidiphthérique et le 22 février 1901 il a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, les résultats obtenus en traitant les pneumoniques par les injections sous-cutanées de sérum antidiphthérique. Sur 50 malades traités il a eu 7 morts, soit une mortalité de 14 %, l'année précédente, la mortalité avait été dans les mêmes conditions d'hospitalisation, d'âge des malades, de tares alcooliques antérieures, mais sans traitement par le sérum, de 37 %. Ce traitement serait d'une innocuité absolue, il a fallu quelquefois injecter jusqu'à 260 cc. de sérum. Il n'y eut que 5 fois des accidents d'érythème, de douleurs musculaires et de douleurs articulaires. Il fait une double injection matin et soir de 20 cc. de sérum répétées jusqu'à amélioration. M. Mosny n'est pas surpris que le sérum antidiphthérique puisse avoir une action spécifique contre le pneumocoque, car, dit-il, les venins des serpents sont multiples et cependant un seul sérum antivenimeux suffit.

Cela est vrai et la voie ouverte dans ces recherches nous amènera-t-elle un jour des résultats démonstratifs ? Les observations sont encore trop peu nombreuses pour que l'on puisse considérer ces résultats comme définitifs.

Il faut attendre encore. Et voici en quels termes M. Variot s'exprime à propos des expériences de Talamon :

« Autant je suis convaincu que le sérum antidiphthérique a une action thérapeutique vraiment spécifique

dans les formes moyennes de diphtérie et surtout dans le croup, autant je crois qu'il faut rester dans le doute relativement à son efficacité dans la pneumonie et diverses autres maladies auxquelles on a voulu l'appliquer.

« Sans contester les résultats favorables qu'il a paru donner à M. Talamon, on peut se demander si notre collègue est autorisé à attribuer ces résultats aux éléments antitoxiques, antidiphtériques de ce sérum. Ne seraient-ils pas imputables à l'une quelconque ou à plusieurs des substances qui entrent dans la composition de ce sérum, l'eau, par exemple, et les principes minéraux ? Je rappellerai à ce propos que M. Sapelier s'est trouvé très bien des injections de sérum artificiel dans la pneumonie des vieillards. Donc jusqu'à de nouvelles preuves on est en droit de douter. »

Ainsi à l'heure actuelle, de tous les nombreux médicaments préconisés jusqu'à ce jour, et certains ont eu leurs jours de gloire, aucun n'a donné des résultats vraiment efficaces.

Certains même ont causé des accidents et ne peuvent être employés sans une grande surveillance et ne sont pas exempts de dangers.

Mais pourtant nous devons soigner nos pneumoniques, nous ne devons pas rester les bras croisés devant ces malades qui viennent nous demander conseil et assistance.

Notre devoir en dehors de la médication symptomatique est de mettre notre malade dans les meilleures conditions pour résister à l'infection. Nous devons le fortifier, l'empêcher d'être vaincu et essayer d'affaiblir la

virulence du pneumocoque ou de ses toxines, puisque nous ne pouvons encore l'anéantir lui-même dès sa naissance. Il y a lutte entre le microbe et l'organisme ; nous devons essayer de donner des armes à ce dernier et affaiblir l'ennemi.

Nous avons vu et suivi les résultats que notre maître M. le docteur Dreyfus-Brisac obtenait chez ses pneumoniques avec l'ipéca à doses fractionnées ; et nous sommes heureux d'avoir l'occasion de publier les observations de notre maître et les nôtres sur cette médication. Cette étude va faire le sujet de la troisième et dernière partie de ce travail.

TROISIÈME PARTIE

Du traitement des pneumoniques par l'ipéca.

HISTORIQUE

La racine d'ipéca n'a commencé à être connue qu'au milieu du xvii^e siècle. Ce fut Pison qui l'introduisit dans la thérapeutique et qui parla de ses propriétés antidy-sentériques, déjà bien connues au Brésil. Mais on fit peu attention à ce nouveau médicament, qui ne fut véritablement introduit dans la pratique que lorsque Helvétius, médecin hollandais, à qui un marchand français, Grenier, en avait vendu quelques kilogrammes en eut obtenu un heureux résultat sur le dauphin. Louis XIV autorisa des expériences à l'Hôtel-Dieu sur les propriétés antidysentériques du remède d'Helvétius qui tomba bientôt dans le domaine public quand Grenier, jaloux des honneurs d'Helvétius, divulgua la composition du secret, et fit connaître la racine d'ipéca.

Pendant longtemps on ne connut que les propriétés antidysentériques de l'ipéca que l'on employait suivant la méthode brésilienne.

En 1760 Deplaigne publie dans le *Journal de médecine* « quelques observations sur les bons effets de l'ipéca en infusion » et semble l'avoir essayé déjà dans plusieurs maladies et en particulier dans la pneumonie et en avoir retiré de bons résultats. « Il a, dit-il, une bonne efficacité dans l'asthme humide et glaireux, dans la toux et *certaines fluxions de poitrine où l'on rend une pituite glaireuse et visqueuse*. Dans ce remède doux, simple et facile à prendre, la médecine trouve des secours infinis. »

En 1788 Harmand de Montgarny se sert des propriétés vomitives de l'ipéca dans certaines affections aiguës et dans les maladies de poitrine.

En 1819 Pelletier découvre l'émétine, l'alcaloïde de l'ipéca, ce qui donne le sujet des travaux et des expériences de Magendie (1817), de Bretonneau (1825), de Pecholier (1862), d'Ornellas (1873), de Polichronie (1874), sur les effets physiologiques de ce nouvel alcaloïde.

Mais le traitement de la pneumonie par l'ipéca est dû surtout à l'Ecole de Montpellier, où il a été préconisé par le professeur Broussonnet (1840) et ses élèves Rességuier (1850), Dupré (1860). Il a peu de partisans à Paris. Grisolle lui reconnaît très peu de valeur. « C'est, dit-il, un faible adjuvant et n'est guère approprié que quand la pneumonie semble avoir de la tendance à se juger favorablement. » Trousseau et Pidoux ne le signalent pas à ce sujet et la plupart des traités de pathologie interne le passent sous silence. Si quelques auteurs, Stoll, Béhier, Jaccoud, Peter, en font mention, ce n'est que pour conseiller son emploi dans certains cas restreints

et surtout dans la pneumonie à forme bilieuse où « il a de bons effets ».

Donc peu de médecins emploient l'ipéca dans la pneumonie et encore chaque praticien l'emploie-t-il suivant un mode d'administration différent, les uns voulant utiliser ses propriétés vomitives, les autres, ses propriétés contro-stimulantes ou nauséuses.

Dès 1788 Hermant de Montgarny expérimente les propriétés vomitives de l'ipéca dans les affections aiguës de la poitrine et publie ses observations dans un article du *Journal de médecine* sous ce titre :

« Sur la manière d'employer l'ipéca dans les traitements de quelques maladies aiguës. » « Dans les affections catarrhales aiguës de la tête et de la gorge, dit-il, ce vomitif sert non seulement à vider le ventricule et les intestins, mais il sert encore à établir et à favoriser l'expectoration qui est si nécessaire pour espérer la solution de ce genre d'accident. Dans la péripneumonie bilieuse on le donne trois heures après une saignée suffisante pour amollir et détendre le poulx et il manque rarement d'emporter le point de côté et le crachement de sang. Il empêche ordinairement ces deux symptômes pathognomoniques s'il est donné peu après l'invasion de la maladie et lorsqu'il n'y a encore que de la difficulté de respirer et l'oppression douloureuse. Il a des succès constants quand il a été administré le 1^{er} jour ou le 2^e jour dans les péripneumonies bilieuses, catarrhales, malignes accompagnées de fièvre erratique (1). »

(1) *Gazette médicale de Montpellier*, 1850.

D'autres, redoutant les effets trop énergiques et quelquefois dangereux de la fameuse méthode du contro-stimulisme de Rasori, essayèrent d'obtenir avec l'ipéca des effets de dépressions nerveuses mais moins énergiques, et c'est ce mode d'administration qu'emploie l'école de Montpellier qui en obtient de très beaux résultats.

« Dans toutes nos pneumonies, dit Rességuier, l'ipéca a été une des plus puissantes ressources de la thérapeutique. Ce remède est depuis longtemps mis en usage dans les hôpitaux de Montpellier où on le substitue avec avantage au tartre stibié à haute dose contre la phlegmasie pulmonaire.

« Et c'est au professeur Broussonnet qu'on est redevable de son introduction dans la matière médicale comme agent contro-stimulant.

« Administré en infusion dans un véhicule de 120 à 180 grammes, depuis 2 gr. jusqu'à 3 gr., il a en effet des vertus qui rappellent celles des préparations antimoniales données à doses extraordinaires; comme celles-ci il abat l'intensité de la pneumonie, soit par une action hyposthénisante, soit en provoquant des sueurs profuses qui favorisent la crise de la maladie.

« Toutefois l'ipéca n'était ordinairement donné que le second ou troisième jour lorsqu'on avait déjà abattu la turgescence sanguine par une saignée ou quelques sangsues appliquées sur le siège de la pneumonie, suivant que le malade était plus ou moins fort. L'ipéca est surtout un remède héroïque contre les pneumonies des vieillards chez qui la faiblesse, amenée par l'âge,

fait craindre l'effet asthénique des évacuations sanguines.

« Il excite la vitalité de l'organe pulmonaire et le met dans des conditions favorables à la résolution inflammatoire. »

Un peu plus tard Terrier dans un mémoire sur l'action physiologique et thérapeutique de l'ipéca (1) se montre aussi grand partisan de l'ipéca comme contre-stimulant dans les maladies de poitrine. « La pneumonie, la pleurésie, la pleuro-pneumonie, la bronchite générale surtout chez les sujets débilités, les vieillards, les femmes et les enfants sont les cas principaux qui indiquent l'emploi de l'ipéca à doses répétées, de préférence au tartre stibié. Il n'est pas nécessaire, comme pour le tartre stibié que l'affection soit à son début, on peut à toutes les époques de la maladie s'adresser à l'ipéca, qu'on donne en potion de 1 à 2 grammes chez les enfants, de 2 à 4 grammes chez les adultes dans une potion au julep de 125 gr. Cette potion se donne par cuillerées à 1 heure ou 2 heures d'intervalle; on en continue l'administration malgré les vomissements. L'expérience ayant prouvé que les vomissements cessent le plus souvent après la 4^e prise la tolérance finit toujours par s'établir. Après l'emploi continu de l'ipéca dans les phlegmasies thoraciques, les voies digestives ne présentent aucuns symptômes d'altération et le plus souvent elles sont en meilleur état chez les sujets débilités. Il importe de chercher toujours la tolérance. »

Et, plus récemment encore, Chauffard préconisait

(1) *Journal de thérapeutique* (1858).

l'ipéca à hautes doses dans la pneumonie : « Ce traitement, dit-il, est aussi avantageux que simple, et s'il guérit vite, il a surtout le privilège bien précieux de guérir sans exposer le malade à un affaiblissement considérable, sans produire chez lui la prostration des forces. Aussi la convalescence est-elle rapide et franche. L'ipéca est infiniment préférable au tartre stibié. »

Ainsi les médecins qui emploient l'ipéca s'en servent ou comme vomitif ou surtout pour remplacer le tartre stibié en vue d'obtenir des effets contro-stimulants. Voyons donc ce qui se passe dans l'organisme après l'administration de l'ipéca à dose nauséuse, vomitive ou rasorienne.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES

Les vomitifs n'agissent pas seulement sur l'estomac, ils agissent sur l'organisme entier. Quand un vomitif a été ingéré, il a un premier effet qui dure un temps variable suivant les individus, cet effet est d'abord une sensation de chaleur, puis une anxiété précordiale, on a envie de vomir mais on ne peut pas encore, puis survient une sensation tout à fait indéfinissable, les mouvements respiratoires et le pouls s'accélèrent, la face se colore, la sueur apparaît, la salive augmente, le mucus bronchique est hypersécrété, puis surviennent enfin les vomissements. Mais le vomissement est un phénomène complexe dans lequel interviennent : 1° les contractions du diaphragme et des muscles abdominaux ; 2° les contractions de l'œsophage

et l'ouverture du cardia ; 3° des mouvements antipéristaltiques de l'estomac qui peuvent même s'étendre jusqu'à la vésicule biliaire. Le vomissement agit donc non pas seulement sur l'estomac, mais sur une série d'autres organes.

Mais l'ipéca donné à doses assez minimes peut ne pas amener ces phénomènes vomitifs et il n'en a pas moins une action marquée sur l'organisme et sur ses diverses fonctions, action variable d'intensité suivant les doses.

Voici les résultats des expériences de d'Ornellas sur les effets physiologiques de l'émétine, alcaloïde actif de l'ipéca.

Après avoir expérimenté sur la grenouille, le lapin et le chien, il conclut ainsi de ces expériences sur l'homme : « Les effets physiologiques de l'émétine ont été à peu près constamment les mêmes. L'intensité a dépendu de la dose, de la voie d'introduction de la forme pharmacologique :

1° L'élimination de l'alcaloïde détermine une réaction de l'organisme due à la congestion gastro-intestinale ;

2° Détermine un ralentissement de la respiration dans la proportion de 4 à 1 et c'est surtout dans les inflammations du poumon que l'émétine a procuré souvent une diminution notable de la fréquence de la respiration ;

3° Un ralentissement dans la circulation ;

4° La température rectale a constamment augmenté ; la température de l'aisselle a diminué aussi souvent qu'elle a augmenté ;

5° Pas d'action sur la tension vasculaire.

« L'émétine n'est pas un tonique vasculaire pas plus qu'un dépresseur de la circulation.

« L'émétine une fois introduite dans la circulation s'élimine toujours par la muqueuse gastro-intestinale et le foie et fait vomir au moment de son élimination.

« L'émétine au moment de s'éliminer par la muqueuse de l'intestin détermine des selles abondantes d'autant plus nombreuses que son action vomitive a été moins énergique.

« L'émétine ralentit la respiration très probablement par action réflexe qui part de la portion gastrique du pneumo-gastrique et s'irradie par l'intermédiaire du bulbe sur la portion pulmonaire du même pneumo-gastrique et par l'intermédiaire de la moelle sur les muscles expirateurs. La révulsion que l'émétine détermine sur l'estomac et les intestins influe aussi sur le ralentissement de la respiration au point de vue thérapeutique ; dans les maladies pulmonaires, le ralentissement de la respiration peut être favorable s'il arrive peu à peu et s'il est précédé de l'hyperémie gastro-intestinale, il se produit alors de l'ischémie pulmonaire. Le ralentissement peut être défavorable s'il survient trop rapidement et si la résolution des muscles expirateurs passe à l'état de paralysie avant que la révulsion intestinale ait suffisamment dégorgé le tissu pulmonaire, il se produit alors de l'hyperémie, des ecchymoses et même de l'hépatisation.

« Si le ralentissement de la respiration se répète fréquemment et plusieurs jours de suite ; même avec peu

de révulsion, il se produit encore de l'hépatisation pulmonaire.

« L'émétine altère profondément l'innervation, elle agit en déterminant des actes réflexes. Elle agit sur les extrémités périphériques des nerfs et en particulier sur celles des portions gastriques du pneumo-gastrique d'où, par action réflexe, elle affecte le bulbe et les nerfs qui en sortent. »

Polichronie dans sa thèse (1874), étudie aussi les effets de l'ipéca et montre que, administré à doses petites, fractionnées, l'ipéca est absorbé et circule dans le sang pour s'éliminer par la peau, les glandes salivaires, les muqueuses des voies respiratoires et digestives, le rein et le foie. « Cette élimination de l'ipéca, dit-il, peut rendre compte des sueurs profuses, de l'hypersecretion salivaire, bronchique et intestinale par suite du passage de l'émétine à travers les glandes salivaires, sudoripares et les glandes des muqueuses respiratoires et digestives, et peut-être ce phénomène d'hyperhémie n'est-il pas purement d'ordre réflexe. »

Trousseau et Pidoux, comparant les effets de l'ipéca à ceux de la saignée, montrent le grand avantage de l'ipéca. « C'est, disent-ils, un des sédatifs immédiats les plus énergiques comparables à la saignée, mais la saignée exerce une spoliation qui ne permet pas d'y recourir souvent et longtemps, tandis que la perturbation causée par l'ipéca trouble les actions nerveuses seulement, et laisse l'économie avec toute sa capacité fonctionnelle. Le malade peut réparer à l'instant même les pertes qu'il a éprouvées. Le propre de l'ipéca est de ne

pas spolier l'économie et de ne causer qu'un affaiblissement temporaire. »

Ces actions multiples de l'ipéca que l'on a essayé d'expliquer étaient pourtant déjà bien connues et utilisées, et en 1852, Delioux, dans son mémoire sur l'ipéca (1), s'exprime ainsi : « Tous les thérapeutes ont reconnu l'action que l'ipéca exerce sur les organes respiratoires, aussi l'ont-ils recommandé dans le traitement des maladies de ces organes, soit à doses vomitives, soit à doses petites et réparties de manière à provoquer tout au plus quelques nausées et à le faire en définitive tolérer par l'économie ; et après avoir publié plusieurs observations heureuses, il se résume ainsi : « L'ipéca a été généralement toléré par l'estomac avec assez de facilité, il l'a été plus complètement encore par le tube intestinal et loin de déterminer de la diarrhée comme le font si souvent les antimoniaux, il a parfois laissé persister de la constipation qu'il a fallu vaincre par des lavements laxatifs.

Il a ralenti, déprimé le pouls, tantôt progressivement, tantôt avec une promptitude remarquable.

Il a presque constamment provoqué de la moiteur ou des sueurs plus ou moins abondantes.

Il a changé promptement les caractères pathognomoniques des crachats ou facilité l'expectoration.

Il a paru activer la résolution des engorgements pulmonaires, la résorption des épanchements pleuraux.

En somme, il a modifié dans le sens le plus favorable

(1) *Gazette médicale*, 1852, 10 janvier.

les symptômes les plus expressifs et en même temps les plus grave de la pleuro-pneumonie.

L'ipéca paraît être appelé à prendre un rang important dans le traitement de la pleuro-pneumonie. »

Ces conclusions de Delioux, pourraient presque être les nôtres, car chez nos malades, l'ipéca nous a donné à peu près les mêmes résultats heureux. Et pourtant, la manière d'administrer l'ipéca n'était pas tout à fait semblable. Nous ne parlerons pas des effets des doses vomitives, mais seulement de l'action des doses fractionnées. Delioux et beaucoup d'autres qui employèrent l'ipéca, pour le substituer au tartre stibié, voulurent en retirer les mêmes effets, c'est-à-dire les effets contro-stimulants, et pour cela ils l'administrèrent à peu près de la même manière : une infusion d'ipéca de 2 à 4 grammes dans un julep de 150, dont ils donnaient une cuillerée toute les heures ou toutes les deux heures *jusqu'à amélioration*. Et souvent même, ils associaient à cette médication une saignée locale ou même une petite saignée générale qui n'était pas encore sortie des habitudes médicales dans le traitement de la pneumonie.

Or cette médication pouvait avoir quelque danger. En effet, nous venons de voir que l'ipéca avait une action dépressive sur le système nerveux, et il n'était pas sans inconvénient d'ajouter à cette dépression, une perte de sang que le malade n'était peut-être pas en mesure de réparer assez vite. Il est vrai que la brièveté de l'action de l'ipéca était un avantage sur le tartre stibié, mais le malade pouvait payer de sa vie cette spoliation surajoutée à sa dépression nerveuse. Un autre grave danger était

dans la continuation de la médication dépressive pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que l'amélioration survienne. Car nous avons vu dans les expériences de d'Ornellas, que si le ralentissement de la respiration occasionnée par l'ipéca à dose nauséuse se répétait fréquemment et plusieurs jours de suite, même avec peu de révulsion, il pouvait se produire de l'hépatisation pulmonaire. Or, c'était manquer le but et aggraver la maladie que d'augmenter l'hépatisation pulmonaire déjà existante et contre laquelle on voulait lutter.

MODE D'ADMINISTRATION DE L'IPÉCA SUIVANT
LA MÉTHODE DE M. DREYFUS-BRISAC

Nous avons vu que la congestion met le poumon en état de réceptivité à l'égard du pneumocoque, qui se développe mal dans le poumon normal, si bien que la pneumonie peut être considérée comme le résultat d'une infection pneumococcique greffée sur une hyperémie pulmonaire. Dès lors en décongestionnant le poumon, en d'autres termes en modifiant le terrain pour le rendre moins propice à la pullulation microbienne, on doit enrayer le processus morbide sur place et aussi, si la virulence du pneumocoque n'est pas trop exaltée, empêcher dans une certaine mesure l'infection générale. D'autre part pour augmenter la résistance de l'économie à l'attaque microbienne, l'administration des toniques après l'intervention décongestionnante est absolument indiquée.

C'est d'après ces données, justifiées par l'expérimentation, qu'est instituée la médication de la pneumonie dans le service de notre maître. Il y recourt dans tous les cas en dehors de deux contre-indications formelles, une altération profonde des voies digestives ou des lésions avancées du cœur.

L'action de l'ipéca pourrait être en effet nocive dans ces deux cas, soit en augmentant les troubles intestinaux, soit en déterminant des vomissements qui sont toujours à redouter chez les cardiaques.

La dose d'ipéca qui paraît suffisante à M. Dreyfus-Brisac pour obtenir l'effet nauséeux, sans déterminer d'habitude de troubles digestifs sérieux, est la dose de un gramme diluée dans 120 grammes de julep gommeux. Cette potion est administrée d'heure en heure par cuillerée à soupe, c'est-à-dire dans un laps de temps de huit heures environ.

Dans la majorité des cas, les malades sont peu incommodés par le médicament ou n'éprouvent que des nausées. Parfois cependant ils ont dès la deuxième ou troisième cuillerée des vomissements. Dans ce cas l'administration du médicament exige un certain doigté de la part des personnes qui soignent le malade, il suffit d'ordinaire d'espacer les prises, de ne donner par exemple une cuillerée que toutes les deux heures pour maintenir le malade dans l'état nauséeux recherché, sans arriver aux vomissements.

Néanmoins il faut reconnaître que l'on se heurte parfois à une intolérance particulière du malade, chez qui la moindre dose d'ipéca détermine l'effort du vomisse-

ment. Rares aussi sont les cas où l'action médicamenteuse s'exerçant surtout sur l'intestin, des selles abondantes se produisent : ce qui diminue l'efficacité de l'intervention thérapeutique.

Quoiqu'il advienne, que l'on puisse faire absorber toute la potion ou que l'on soit forcé d'abandonner la médication par suite de vomissements répétés ou de selles profuses, on administrera à la fin de la journée à doses massives, une potion tonique : potion de Todd avec addition d'acétate d'ammoniaque.

Nous n'hésitons pas à affirmer que dans la grande majorité des cas, les effets de cette médication sont très nets à quatre points de vue : dyspnée, caractères de l'expectoration, mouvements fébriles, état général, et que l'évolution de la pneumonie semble sinon arrêtée, du moins enrayée dans une mesure très appréciable.

1^o Dyspnée. — Ce symptôme si pénible pour le malade et pour l'entourage est un de ceux que l'ipéca modifie le plus promptement. Les malades qui rentrent inhalants, souvent dès la quatrième ou cinquième cuillerée, sentent une profonde amélioration de leur dyspnée. Ils sont très reconnaissants de pouvoir prendre quelque repos dont ils étaient privés depuis un temps plus ou moins long par cette oppression fatigante. L'observation XXVII que nous avons recueillie dans la clientèle de ville à Ivry, est remarquable sous ce rapport, la malade avait une dyspnée intense, et non seulement l'entourage était fort alarmé et redoutait de voir l'asphyxie survenir, mais nous-mêmes étions inquiet au

sujet de cette dyspnée. La potion d'ipéca fut instituée et l'effet ne se fit pas attendre : la respiration encore fréquente, se ralentit rapidement et en même temps qu'elle soulagea énormément la malade, elle lui permit de prendre quelques repos, et redonna espoir à la famille.

2° Expectoration. — L'expectoration visqueuse et pénible devient beaucoup plus abondante et plus fluide. Le malade qui ne pouvait se débarrasser de ses crachats même au prix d'efforts douloureux se trouve heureux de pouvoir facilement expectorer d'autant que la toux souvent si pénible est moins fréquente.

Ces faits s'expliquent du reste facilement par l'hyper-sécrétion des glandes bronchiques due à l'élimination de l'ipéca.

Un autre fait presque constant, c'est le changement rapide dans le degré de congestion des crachats, preuve que le médicament a une action directe et rapide sur le degré de congestion et d'hépatisation pulmonaires. L'expectoration perd son caractère pathognomonique avec sa teinte rouillée. Les crachats rapidement deviennent blancs encore chargés de fibrine mais en beaucoup moindre quantité.

3° Mouvement fébrile. — La température le plus souvent tombe brusquement après l'administration de l'ipéca, et parfois c'est la défervescence définitive, le terme de la pneumonie. Mais cette défervescence arrivant peu après l'absorption de l'ipéca, est-elle le résultat de la médication ou une simple coïncidence avec la

défervescence normale de la pneumonie ? Certes il serait difficile de résoudre la question car si nous avons obtenu des défervescences le 4^e jour (obs. VII), le 5^e jour (obs. X), le 6^e jour (obs. I, XVI, XXVII, XXVIII), il se rencontre des pneumonies qui, sans traitement font leur défervescence avant le 8^e ou 9^e jour. Mais, dans bien des cas, on peut affirmer que la température était influencée par la médication, car tombée immédiatement après la potion, elle remontait les jours suivants et la défervescence ne s'opérait définitivement que quelques jours plus tard, d'où parfois la nécessité de recommencer le lendemain ou le surlendemain l'administration de l'ipéca. Les observations XX et XXXVI en sont des exemples.

Les malades à qui on donna l'ipéca à deux reprises différentes eurent une chute de température le même soir après chaque prise de la potion. Ce qui montre bien l'effet de la médication sur l'infection générale.

4^e **Etat général.** — Chez certains malades, soit qu'il y ait eu intolérance pour l'ipéca, soit que l'infection ait envahi profondément l'organisme peu résistant, nous n'avons pas obtenu des résultats complets, parfois la dyspnée persistait encore le lendemain, parfois le point de côté restait douloureux, la température était peu modifiée; mais chez tous nos pneumoniques, nous avons observé une amélioration réelle et notable de l'état général. Tous, après la potion, se sentent mieux; ils sont certes toujours malades, mais, disent-ils, ils sont soulagés, ils peuvent dormir et le repos qu'ils peuvent enfin se procurer leur permet de reprendre quelques forces et

leur donne un bien-être dont ils sont reconnaissants. Et c'est là un résultat qui est appréciable et dont les malades et la famille vous savent gré surtout en ville.

Et ce qui pourrait être une cause d'insuccès de cette médication à l'hôpital, c'est que souvent les malades n'y arrivent qu'au 5^e ou 7^e jour de leur pneumonie, c'est-à-dire lorsque l'infection pneumococcique est en pleine évolution. Et notre médication n'étant pas dirigée contre l'infection elle-même, mais seulement contre le terrain, on s'explique facilement que, dans certains cas, lorsque l'organisme est profondément atteint par l'infection pneumococcique, l'ipéca ait bien peu d'action. Mais nous sommes persuadés que, si dès le début de la maladie, le 1^{er} ou le 2^e jour, lorsque la congestion pulmonaire vient seulement d'être infectée par le pneumocoque et que celui-ci n'a pas encore envahi la circulation par ses toxines plus ou moins virulentes, avant que l'état général ne soit profondément atteint, l'emploi de l'ipéca en lavage aurait une action abortive sur la pneumonie. Ainsi, si nous prenons l'observation XIV, nous voyons un malade de 51 ans, vieux bronchitique, qui depuis trois jours ne se sent pas à son aise, et qui entre à l'hôpital avec des signes de congestion pulmonaire, et qui, le lendemain seulement, commence à avoir des symptômes généraux plus graves, avec 40° de température; sans aucun doute ce malade vient de s'infecter et commence une pneumonie; malgré son âge, sa fatigue, ses antécédents pulmonaires, on lui donne l'ipéca en lavage dès le début de son infection et on voit la température retomber le lendemain et la maladie s'arrêter

court; l'infection a été vaincue et le pneumocoque se trouvant dans un mauvais milieu n'a pu envahir l'organisme.

En ville, où l'on a l'occasion de voir les malades dès les premiers signes pulmonaires, je crois que les résultats seraient encore meilleurs et plus concluants. Et pourtant les observations qui suivent sont assez encourageantes, ni l'éthylisme invétéré (Obs. VI, XII, XXX), ni les antécédents pulmonaires ou la bacillose (Obs. III, VI, VIII, XIV, XVI), ni la misère ou la syphilis (Obs. IX), ni la vieillesse 68 ans, Obs. XXXI; 60 ans, Obs. XXXII), 70 ans n'ont empêché les bons effets de la médication.

PROPHYLAXIE

Maintenant que nous avons vu comment se fait l'infection pneumococcique, que nous connaissons des faits nombreux de contagion et la présence presque normale du pneumocoque dans la salive, le traitement prophylactique est important et s'impose.

Les pneumocoques se trouvent en grande quantité dans l'expectoration des pneumoniques. Ce sont les crachats qui servent de véhicule aux microbes que le malade met au dehors. Il convient donc d'observer les mêmes précautions, les mêmes règles d'hygiène que dans la tuberculose pulmonaire, pour détruire la virulence des crachats et s'opposer à leur dessiccation d'où pourrait résulter la production de poussières encore actives qui arriveraient par inhalations dans les pou-

mons. On empêchera donc les malades de cracher dans leur mouchoir ou par terre. On recevra le produit de leur expectoration dans des crachoirs contenant de l'eau et on détruira les crachats par la chaleur.

On recommandera à l'entourage de rester peu longtemps et peu nombreux dans les chambres des pneumoniques et après guérison on fera désinfecter les objets de literie, les vêtements et le linge qui auront servi au malade.

Prophylaxie individuelle. — On a établi l'existence des pneumocoques dans la cavité bucco-pharyngée de nombreux sujets sains, ainsi que la persistance du pneumocoque dans la bouche des anciens pneumoniques.

Cette persistance explique les récidives fréquentes. Et nous avons vu que c'est cette existence presque normale du pneumocoque qui rend si facile l'infection pneumococcique du poumon.

Il sera donc utile pour les anciens pneumoniques et pour les sujets sains de faire usage journellement et surtout aux saisons particulièrement favorables aux refroidissements, de gargarismes antiseptiques qui s'associant au pouvoir microbicide de la salive parviendront à mettre les individus dans les meilleures conditions pour se préserver de la pneumonie.

MM. Grancher, Sevestre, Hutinel, Deschamps ont montré les résultats excellents fournis par l'application rigoureuse de l'isolement des malades, de l'antisepsie du milieu, et de l'antisepsie individuelle naso-bucco-pharyngée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Pneumonie du lobe inférieur gauche. — Déferescence
le 6^e jour.*

Deg..., âgé de 15 ans, menuisier, entré le 4 novembre 1899, salle Lasègue, lit 36.

Le 1^{er} novembre. — Dans l'après-midi le petit malade a été pris d'oppression et de malaise, le soir il va se coucher sans manger et dans la nuit se plaint de mal de tête et d'une douleur assez vive dans le ventre et dans la poitrine.

2 novembre. — Le malade reste alité et commence à tousser.

3 novembre. — Le malade ne se sent pas bien, il tousse beaucoup et commence à cracher, un médecin conseille au père d'envoyer son fils à l'hôpital.

4 novembre. — Dans la soirée, le malade entre dans le service. L'oppression est très grande et l'interne de garde fait appliquer des ventouses sèches sur le côté gauche de la poitrine.

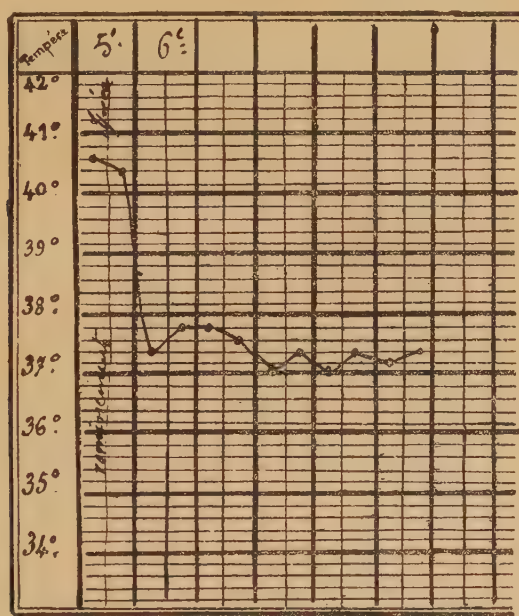
5 novembre. — Le malade a 40°6 de température; il est encore très oppressé, il se plaint de douleurs dans la poitrine, mais surtout dans le ventre qui est d'ailleurs un peu ballonné.

La langue est sèche, la toux est fréquente, mais pas d'expectoration.

A l'examen de la poitrine, on trouve de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche en arrière, de l'augmentation de vibration dans la même région ; un souffle intense qui a presque un timbre amphorique et quelques bouffées de râles fins.

A dix heures du matin on commence le traitement à l'ipéca.

Le malade prit dix cuillerées, on s'est arrêté, car il y eut un vomissement.



6 novembre. — Le malade se sent bien soulagé, il n'est plus oppressé, ne souffre plus dans le ventre ni dans la poitrine, l'expectoration est maintenant assez abondante et quelques crachats sont ambrés, la toux est encore courte et fréquente.

A l'auscultation le souffle est très diminué d'intensité et les râles fins sont plus nombreux ; le soir la température est tombée à 37°9. Le malade passe une bonne nuit.

7 novembre. — Température 37°9. Le malade se sent bien, la toux est encore fréquente, l'expectoration est très peu abondante et les crachats sont blancs, légèrement visqueux. il y a encore de la matité à gauche en arrière, mais le souffle tubaire qui persiste encore est bien diminué, on entend des râles crépitants dans le tiers moyen.

8 novembre. — Plus de souffle, plus de râles, la toux est encore sèche et fréquente surtout quand le malade s'assied.

Les jours suivants le malade se sent bien, plus de signes pulmonaire, l'appétit est revenu, le malade mange bien.

Le 24 novembre il sort complètement guéri.

OBSERVATION II

(Prise par mon collègue Vincelet).

Pneumonie du lobe inférieur gauche. — Pleuro-pneumonie. — Déferescence le 7^e jour.

Ros..., 23 ans, fumiste, entré le 7 novembre 1899, salle Lasèque, lit 31.

Le 4 novembre. — Le malade est pris dans la journée de malaise et de courbature. Dans la nuit il a un violent frisson et se plaint d'un point de côté à gauche, en arrière et en bas de la poitrine.

5 novembre. — Le malade ne peut aller à son travail. Il reste chez lui, mais dans la journée il vomit deux fois; il commence à tousser et son point de côté le fait beaucoup souffrir. Il est très oppressé, la nuit, il ne peut dormir.

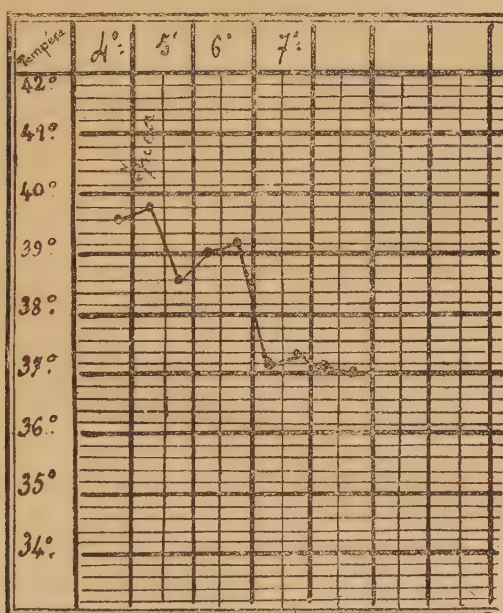
6 novembre. — Il rend quelques crachats rouillés, très oppressé, son côté le fait vivement souffrir, un médecin fait appliquer dix sangsues sur le point douloureux.

7 novembre. — Entre dans le service, température 39°9. Le malade rend des crachats très adhérents au crachoir. La nuit a été mauvaise, pas de sommeil, dyspnée intense.

A 5 heures du matin on commence la médication par l'ipéca;

à 8 heures le malade a quelques nausées, mais il ne rend que des crachats très adhérents, couleur marmelade d'abricots ; à midi le malade se sent un peu soulagé, la dyspnée a beaucoup diminué, l'expectoration est plus facile. La langue est humide. La face est peu congestionnée, mais le point de côté le fait toujours souffrir.

A la percussion, matité dans le tiers inférieur du poumon gauche en arrière.



A l'auscultation, à gauche, en arrière, râles crépitants très fins dans le tiers moyen, dans l'aisselle, râles crépitants plus gros. La nuit est assez bonne.

9 novembre. — Matité toujours dans les deux tiers inférieurs de la poitrine ; on entend des râles crépitants dans l'aisselle et en arrière à gauche ; on perçoit un souffle lointain et de la

bronchophonie. Les crachats sont abondants, adhérents et toujours très colorés, marmelade d'abricots. La nuit a été bonne.

10 novembre. — La température est tombée à 37°2. Il y a eu des urines et des sueurs abondantes, les crachats abondants, encore adhérents, sont à présent très peu colorés, submatité, râles crépitants dans l'aisselle et en arrière, et un souffle tubaire à timbre pleurétique, et de la bronchophonie. Le point de côté est toujours douloureux à gauche sous le mamelon et à ce niveau on entend quelques frottements.

11 novembre. — Encore un peu de bronchophonie et quelques râles crépitants dans l'aisselle gauche.

15 novembre. — On perçoit encore quelques râles sous-crépitanants dans l'aisselle, le malade se plaint encore d'une vague douleur dans le côté gauche, mais se sent bien, respire librement, plus d'expectoration rouillée.

25 novembre. — Il sort complètement guéri.

OBSERVATION III

Pneumonie droite. — Déferescence le 10^e jour. — Accidents métapneumoniques. — Signes de tuberculose pulmonaire.

C. Emilien, âgé de 27 ans, manœuvrier, entré le 16 novembre 1899, salle Lasègue, lit 29.

A. H. — Père mort à 50 ans d'une bronchite ?

A. P. — A 13 et 14 ans, deux hivers de suite est atteint d'une bronchite qui dure environ six semaines. Depuis tousse tous les hivers, et depuis six mois a beaucoup maigri et sent ses forces diminuer.

14 novembre. — Le soir est pris d'un grand frisson, il sent ses jambes faiblir sous lui, il rentre vivement chez lui, et ressent un violent point de côté à droite. Se plaint en même temps de céphalalgie et une toux fréquente le fait souffrir à chaque effort.

Le 15 novembre. — Le même état persiste, les crachats qui commencent à devenir abondants sont jaunâtres.

Le 16. — Dans l'après-midi il entre à l'hôpital, avec une température de 39°9.

Le 17. — A l'examen du malade on constate en arrière de la submatité à droite au 1/3 moyen du poumon.

A l'auscultation sous l'aisselle et un peu en avant de nombreux râles crépitants et un souffle tubaire assez intense. En avant sous la clavicule la respiration est très soufflante, et des deux côtés de la poitrine dans toute l'étendue du poumon on entend de nombreux râles ronflants et sibilants, signes de la bronchite chronique dont est atteint depuis longtemps le malade. Il se plaint vivement de céphalalgie et surtout de son point de côté qui le fait souffrir à chaque effort de toux. L'expectoration est peu abondante, les crachats sont visqueux et légèrement ambrés. La langue est saburrale. Pas d'albumine dans les urines.

On lui donne le matin une potion d'ipéca; les quatre premières cuillerées sont très bien tolérées et n'occasionnent aucune nausée; la 5^e cuillerée détermine une nausée, et les vomissements arrivent à la 6^e cuillerée. On arrête la potion qui a déterminé aussi un peu de diarrhée

Le 18. — Le malade se sent fort amélioré, il souffre beaucoup moins de son point de côté et les crachats se détachent plus facilement, la dyspnée a diminué notablement. Les signes physiques n'ont guère changé.

Le 20. — Le point de côté a repris et fait de nouveau souffrir vivement le malade; la toux devient un peu plus fréquente et les crachats sont toujours très congestifs mais un peu moins visqueux.

Le 22. — La température descend et le malade ressent un véritable soulagement, les signes physiques se sont peu modifiés; mais les crachats sont presque normaux.

Les jours suivants la température continue à descendre. Le malade se sent de mieux en mieux, lorsque le 4 décembre la

température remonte brusquement à 39°, le malade a eu froid aux pieds la nuit et se plaint de mal de gorge.

5 décembre. — Le malade présente une amygdalite à droite, a de la gêne de la déglutition ; on perçoit toujours dans la poitrine des râles ronflants et sibilants des deux côtés, et à droite un souffle tubaire rude avec quelques râles sous-crépitaux, très haut dans l'aisselle et en avant dans le creux sous-claviculaire.

8 décembre. — L'amygdalite a augmenté, la déglutition est très pénible, l'amygdale est tuméfiée et très douloureuse ; les mâchoires sont serrées et la contracture de ses muscles l'empêche d'ouvrir la bouche.

10 décembre. — Le même état persiste du côté de la gorge, mais les signes pulmonaires se sont modifiés notablement et on ne perçoit plus guère que les râles de bronchite chronique.

12 décembre. — La région parotidienne gauche devient douloureuse et a augmenté de volume. La glande sous-maxillaire même est tuméfiée et douloureuse.

La contracture des masséters est presque complète et le malade qui souffre énormément ne peut ni prendre les irrigations qu'on lui faisait, ni absorber même les liquides.

13 décembre. — Le malade se sent légèrement mieux et peut prendre quelque nourriture liquide. La souffrance est moins vive. La tuméfaction sous-maxillaire, devient fluctuante.

Le 15 décembre. — L'abcès sous maxillaire a percé, le malade se sent fort soulagé, et peut à présent ouvrir la bouche sans manger. La température qui jusqu'ici était restée oscillante entre 38° et 39° redescend à 37°6.

Le 20 décembre. — Le mieux augmente, l'appétit revient, la déglutition n'est plus douloureuse, le malade ne conserve que ses signes de bronchite, mais aussi un facies maladif et en avant du sommet gauche l'expiration est rude, prolongée, légèrement soufflante. La température est normale.

Le 28 décembre. — Le malade qui a toujours bon appétit,

sort guéri de sa pneumonie et de ses accidents métapneumoniques, mais conserve toujours ce facies et des signes suspects de bacillose pulmonaire.

OBSERVATION IV.

Pneumonie gauche. Déferescence le huitième jour.

Gaud... Blanche, âgée de 38 ans, ménagère, entrée le 27 décembre 1899, salle Maurice Raynaud, lit 27.

24 novembre. — Se sent très fatiguée, elle travaille dans un escalier ayant ses règles et se sent froid. Le soir elle a un grand frisson et se plaint d'une courbature générale. Elle a envie de tousser, mais la toux lui est très pénible et chaque effort la fait beaucoup souffrir.

25 novembre. — Reste chez elle, mais souffre toujours en toussant, a une forte centralgie et de la gêne pour respirer.

27 novembre. — Son point de côté à gauche la fait de plus en plus souffrir, et elle commence à avoir des crachats rouillés, elle entre à l'hôpital.

A l'examen on trouve de la matité à gauche dans le tiers moyen du poumon en arrière, un souffle tubaire rude et quelques râles crépitants surtout vers la base du poumon.

La dyspnée est assez intense. La langue est humide mais très saburrale.

Dès son entrée on lui donne la potion d'ipéca qui est très bien tolérée, elle n'a ni vomissement ni diarrhée, elle n'a même pas eu de nausées.

28 novembre. — La malade se sent bien mieux, la dyspnée a beaucoup diminué, elle tousse et crache beaucoup plus facilement, les crachats sont abondants, encore adhérents mais quelques-uns seulement sont encore teintés. Mais le point de côté lui est toujours très sensible. Les signes physiques ont peu diminué, si ce n'est le souffle tubaire qui est moins étendu et moins rude.

29 novembre. — L'amélioration de la malade augmente, les crachats sont encore un peu adhérents mais sont blancs. La langue est humide et a perdu son enduit saburral. Encore de la submatité à gauche, le souffle tubaire s'entend moins et les râles sont rares. Un bouton d'herpès apparaît à l'aile gauche du nez.

Le 1^{er} décembre. — La défervescence se fait, mais le point de côté persiste toujours.

Le 5 décembre. — La malade se sent très bien, tousse très peu, et ne se trouve incommodée que par son point de côté toujours très douloureux. Les signes pulmonaires ont presque disparu, encore un peu de submatité et quelques râles sous-crépitaunts à la base du poulmon.

La malade commence à manger de bon appétit. Le point de côté diminue peu à peu.

23 décembre. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION V

Pneumonie droite. — Hépatisation grise. — Mort.

Alex... Marie, 34 ans, charbonnière, entrée le 28 novembre 1899, salle Maurice Raynaud, lit 35.

Depuis six mois la malade est souffrante et se plaint de violents et fréquents maux de tête et elle est presque sourde.

Le 19 novembre. — Vers 5 heures, après avoir eu froid au lavoir où elle travaillait elle est prise d'un violent frisson et se met au lit.

Le lendemain elle souffre d'un violent point douloureux dans le côté droit.

Le 28 novembre. — C'est à-dire neuf jours après son frisson, son état général ne s'améliorant pas, elle entre à l'hôpital.

L'état général est mauvais, la malade est très abattue. La langue est sèche.

A l'examen, la matité s'étend à gauche de la partie moyenne à la base du poumon.

A l'auscultation on entend un souffle tubaire intense et des râles sous-crépitaux à la partie moyenne; les crachats sont couleur d'abricot. A midi on lui donne la potion d'ipéca, une cuillerée toutes les deux heures, on continue ainsi jusqu'au lendemain 6 heures du matin.

29 novembre. — La malade n'a eu ni vomissement, ni diarrhée et l'état général s'est un peu amélioré, l'abattement est moins profond, et la malade parle un peu. L'expectoration est plus abondante et plus facile, mais les crachats restent encore congestifs. La température baisse rapidement.

Le 3 décembre. — La température remonte et atteint 39°8. L'état général qui était légèrement amélioré, reste grave.

5 décembre. — La matité persiste à droite, le souffle est toujours très rude et très intense avec de gros râles sous-crépitaux. A gauche on entend maintenant des râles crépitaux fins à la base. L'expectoration qui est assez abondante donne des crachats presque purulents.

Du 6 au 12 décembre. — La malade reste dans le même état, elle se sent faible, souvent somnolente dans la journée, elle ne souffre pas, mais est oppressée, la température est très irrégulière. Les signes pulmonaires ne se modifient pas.

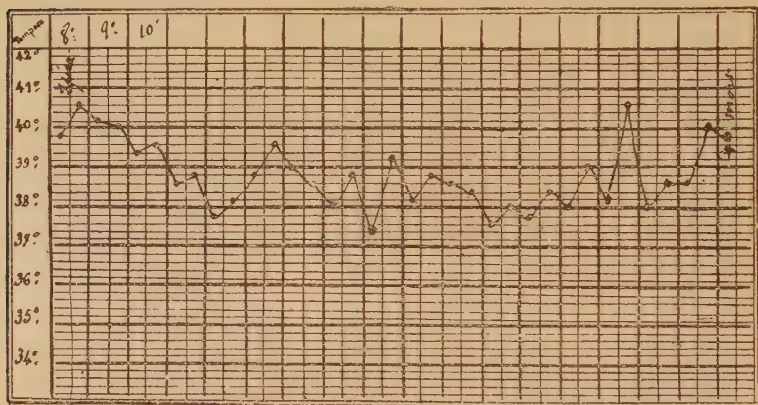
12 décembre. — La température du soir remonte brusquement, la malade se sent encore plus faible; à l'auscultation quelques râles fins à la base droite, le souffle est encore plus intense, prend un timbre presque caverneux et s'entend dans toute la hauteur du poumon droit avec un maximum à la partie moyenne; on ne perçoit plus de râles sous-crépitaux. A gauche toujours quelques râles fins à la base.

13 décembre. — La température est redescendue, mais l'état général reste toujours grave, la prostration ne diminue pas.

14 décembre. — La température remonte, les signes physiques restent aussi intenses. Tout le poumon droit est hépatisé. La dyspnée n'est guère augmentée, l'expectoration est purulente.

15 décembre. — Mort.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax on remarque de fortes et nombreuses adhérences pleurales à droite ; presque toute la plaie est recouverte de fausses membranes, circonscrivant des épanchements pleuraux enkystés. Au sommet le liquide est citrin, à la base le liquide est moins abondant mais louche, les 2 feuillets de la plèvre sont réunis par des fausses membranes purulentes, surtout au niveau de la plèvre diaphragma-



lique. Le poumon ne forme qu'un bloc massif, dur, d'aspect grisâtre ; il plonge rapidement au fond de l'eau ; à la section il présente de haut en bas de l'hépatisation grise avec de nombreuses parties purulentes, de véritables abcès du poumon. avec un pus jaunâtre, louable, sans odeur ; la scissure qui sépare le lobe supérieur du lobe moyen est remplie de liquide franchement purulent.

En dehors de ces lésions, on trouve le poumon tout marbré de trainées noires qui tranchent sur le fond grisâtre, purulent du reste de l'organe. La malade était charbonnière, il n'y a donc rien d'étonnant que ses poumons fussent imprégnés de parcelles de charbon, surtout au sommet où l'on distingue les travées interlobulaires très nettement marquées en noir ; autour

du hile 3 ou 4 noyaux complètement noirs, gros comme une noix, donnent à la coupe l'aspect d'une tranche de pâté truffé.

Le poumon gauche est emphysémateux, les alvéoles sont distendues, il y a de la congestion à la base ; à la partie moyenne et inférieure du lobe supérieur se trouve un foyer très limité d'hépatisation avec au centre un foyer rempli de pus louable

Le foie est gros.

Le cœur est petit avec quelques végétations sur le bord libre de la valvule mitrale.

Rate grosse, 315 grammes avec de la périsplénite.

Reins sont gros et congestionnés.

OBSERVATION VI

*Pneumonie du lobe moyen droit. — Delirium tremens. —
Bacilliose pulmonaire à redouter.*

Déc... Auguste, 34 ans, garçon de café entré le 5 décembre 1894, salle Lasèque, lit 6.

Comme antécédent personnel on ne peut signaler que l'éthylisme que le malade avoue du reste facilement.

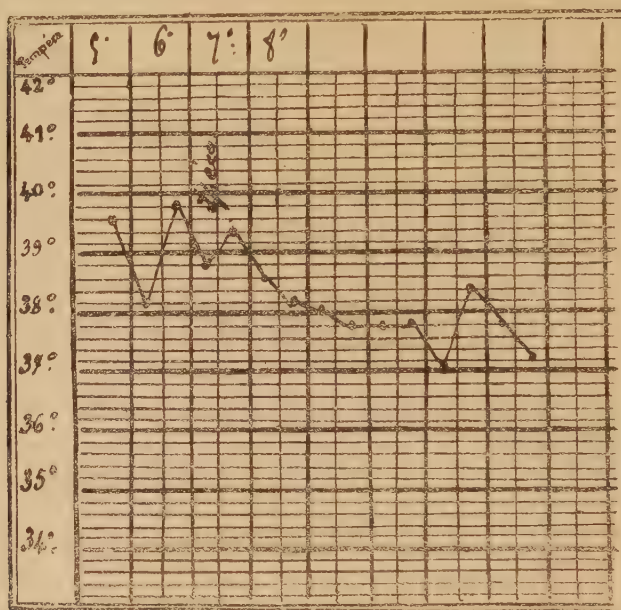
1^{er} décembre. — Est pris d'un point de côté assez violent, se plaint de céphalgie, anorexie complète. Il commence à tousser et à cracher.

5 décembre. — Entre à l'hôpital où dès son entrée il est près d'une attaque de delirium tremens.

6 décembre. — Il est encore abattu de l'attaque de la veille. Il a une toux fréquente, les crachats sont adhérents, couleur abricots. A l'auscultation on entend des râles crépitants fins très nombreux à la partie moyenne du poumon droit, on perçoit un souffle très faible.

7 décembre. — Râles crépitants moins nombreux, souffle très net, intense, un peu expiratif, aigu, il y a de l'égophonie à la base, petit épanchement ; on lui donne la potion d'ipéca, il n'a ni vomissement, ni nausée mais trois selles liquides.

8 décembre. — Le malade se sent mieux, sa respiration est plus facile mais il tousse toujours beaucoup et ses crachats moins visqueux ne sont presque plus ambrés. Les râles crépitants sont de nouveau très nombreux dans le poumon droit, le souffle est un peu atténué à la partie moyenne.



9 décembre. — La température continue à descendre. On entend une véritable pluie de râles, le souffle s'entend toujours, les crachats sont peu abondants, la toux est beaucoup moins fréquente. L'épanchement pleural diminue.

11 décembre. — Le souffle s'entend toujours mais est très limité à la partie moyenne du poumon droit. Les râles crépitants plus gros s'entendent surtout à la base.

14 décembre. — Le souffle est beaucoup diminué, les râles s'entendent encore dans les deux tiers inférieurs du poumon droit.

22 décembre. — Le malade va bien, le souffle se perçoit encore, les râles sont beaucoup moins nombreux. L'appétit revient.

25 décembre. — Le malade se sent beaucoup mieux, mange de bon appétit, le souffle n'a pas encore complètement disparu. En avant au sommet droit la respiration est rude, légèrement soufflante, la toux augmente un peu.

3 janvier. — Le malade tousse toujours, crache peu, se plaint d'un point névralgique sous le mamelon droit : le souffle très faible se perçoit encore à la partie moyenne du poumon avec quelques gros râles humides.

11 janvier, — Quitte l'hôpital, se sentant bien, ayant bon appétit mais tousse toujours un peu, les signes physiques ont complètement disparu, excepté la rudesse de l'expiration au sommet droit.

OBSERVATION VII

Abcès de l'amygdale, pleuro-pneumonie, défervescence le 4^e jour.

Gem... Eugène âgé de 19 ans, pâtissier, entré le 7 décembre 1899, salle Lasègue, lit 1.

Le dimanche 3 décembre se sent mal, n'a pas la force de se lever, courbature générale, mal de tête, ne peut manger, vomissements, se plaint d'un fort mal de gorge, abcès de l'amygdale.

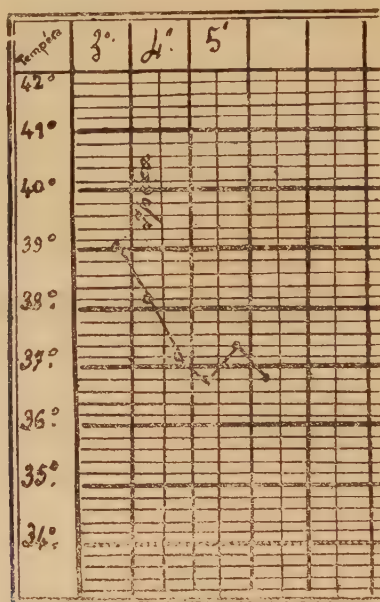
4 décembre. — On lui perce son abcès, se met à tousser et à cracher.

5 décembre. — La céphalalgie continue, dans la journée est pris d'un point de côté à droite, la toux est fréquente, le fatigue et augmente sa douleur de côté.

6 décembre. — L'état reste stationnaire, quelques crachats rouillés.

7 décembre. — Entre à l'hôpital, ne peut pas dormir, température 39°.

8 décembre. — Langue saburrale, face pâle, haleine encore très fétide. Les crachats sont très adhérents au crachoir, et très rouillés ; à la percussio matité à droite s'étendant de l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du poumon. A l'auscultation, souffle tubaire à la partie moyenne du poumon droit, râles crépitants surtout à la base.



Prend la potion d'ipéca, à la cinquième cuillerée il a des nausées, mais continue et n'a ni vomissement, ni diarrhée.

9 décembre. — Le malade se sent mieux, la température est à 37°, la respiration est aisée, l'expectoration plus facile, les crachats ont changé d'aspect et ne sont presque plus colorés. La matité persiste dans la même étendue. Le souffle très faible ne s'étend plus que dans l'aisselle droite, assez haut, et les râles qui sont plus gros s'étendent autour du foyer soufflant. A

la base existe un petit épanchement pleural, la matité est en effet beaucoup plus absolue et on entend nettement de l'égophonie, le murmure vésiculaire est aboli.

11 décembre. — Le souffle diminué dans l'aisselle. Le malade se sent bien, à la base droite les vibrations thoraciques sont notablement diminuées, l'égophonie est toujours nette.

13 décembre. — Le malade va toujours bien, a bon appétit, toujours de la matité à la base droite. Le souffle a disparu.

15 décembre. — Le malade se sent toujours mieux, il veut se lever et mange bien ; plus de signes pulmonaires, encore un peu de matité et d'égophonie à la base droite avec de la diminution des vibrations thoraciques.

16 décembre et jours suivants, plus de signes pulmonaires, l'épanchement pleural diminue chaque jour. Le malade se lève, sent ses forces revenir.

2 décembre. — Il quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION VIII

*Pneumonie droite. — Déferescence lente le 11^e jour. —
Suspect de Bacillose.*

Ler... Albert, 32 ans, journalier, entré le 12 décembre 1899, salle Lasègue, lit 26.

Son père serait mort à 48 ans d'une maladie de poitrine ?

Quant à lui, étant jeune, il aurait été soigné plusieurs fois pour une affection pulmonaire qu'il ne peut déterminer.

6 décembre. — Le malade a été mouillé, ayant chaud, et ne s'est pas arrêté de travailler mais le soir il a été pris d'un violent frisson, et d'un mal de tête intense. Il s'est senti brûlant la nuit.

Les jours suivants il ne se sent pas bien, n'a plus d'appétit, est obligé de garder le lit, a de la fièvre et toujours de la céphalalgie ; ressent un point de côté assez douloureux d'abord à

gauche, puis à droite, ses crachats peu abondants sont légèrement couleur d'abricot. La toux est fréquente et pénible.

12 décembre. — Entre à l'hôpital, température 38°9

13 décembre. — Le malade paraît très fatigué, il a un facies pâle, a beaucoup maigri, il est blond landouzien, et présente un aspect suspect de bacillose. Il se plaint surtout de sa dyspnée qui le fatigue beaucoup et aussi de la toux fréquente qui le fait beaucoup souffrir à chaque effort en exaspérant son point douloureux.

Température 39°2, pouls 100, respiration 56.

A la percussion : matité à droite sur toute la hauteur du poumon.

A l'auscultation : quelques râles humides à gauche ; à droite diminution notable du murmure vésiculaire à la base, souffle intense, limité à la partie moyenne du poumon, à la hauteur du hile pulmonaire ; des râles crépitants gros et abondants sous l'aisselle droite et en avant au-dessous de la clavicule.

Prend la potion d'ipéca, qui est bien tolérée, pas de vomissements, un peu de diarrhée.

L'expectoration devient abondante, les crachats ne sont plus rouillés, un bouton d'herpès apparaît de chaque côté du sillon médian de la lèvre inférieure ; urines rares, pas d'albumine.

14 décembre. — Température 39°5 : pouls 104, respiration 48.

Le malade est encore gêné par sa dyspnée. Langue sèche et saburrale.

Matité à droite sur toute la hauteur. Souffle s'entend surtout au niveau de l'épine de l'omoplate dans l'aisselle et en avant dans le creux sous-claviculaire. en arrière on n'entend plus de râles, mais en avant sous la clavicule toujours quelques râles sous-crépitaants.

15 décembre. — Température 38°8 : pouls 96.

Langue encore un peu sèche, toux moins fréquente et beaucoup moins pénible. crachats abondants et spumeux. Souffle

toujours rude à la partie moyenne du poumon, quelques râles humides en avant et dans l'aisselle.

Le malade toujours fatigué, se sent pourtant mieux.

16 décembre. — Température 37°8 : pouls 96.

Souffle toujours rude s'entend à présent un peu plus au sommet; quelques râles en avant, la dyspnée a diminué, la langue est moins sèche. Les urines toujours rares sans albumine.

17 décembre. — Température 37° ; pouls, 80.

Le malade a eu des sueurs la nuit, se sent toujours faible malgré l'amélioration de sa pneumonie. Le souffle s'entend toujours avec son maximum au sommet droit avec de gros râles en avant.

19 décembre. — Le malade se sent mieux. Le souffle est moins rude, mais la respiration est toujours soufflante au sommet droit. La langue est bien meilleure.

20 décembre. — Le bon état général persiste, le malade mange un peu, mais a peu d'appétit, sent ses forces revenir un peu. On n'entend plus de râles, la respiration reste soufflante et rude au sommet droit.

21 décembre. — Le malade mange mieux et quitte l'hôpital, se sentant plus fort, mais il garde son aspect maladif et une expiration rude et soufflante au sommet droit.

OBSERVATION IX

Pneumonie lobe supérieur gauche. — Misère. — Syphilis.

Di..., 57 ans, journalier, entré le 15 décembre 1899, salle Lasèque, lit 14.

En 1867 soigné au Val-de-Grâce pour une bronchite chronique.

Il y a 15 ans et il y a 9 ans aurait eu déjà une pneumonie.

Il y a 19 ans a eu la syphilis, se soigne pendant deux ans.

Depuis 5 ans, se sent faible. maladif, a de fréquents étourdissements.

Depuis un an l'appétit diminue énormément.

Depuis 2 mois se sent très faible et est obligé de cesser de travailler, ce qui le plonge dans la misère.

Depuis un mois, est pris d'une toux fréquente et très fatigante, crache peu, et les étourdissements le reprennent.

Actuellement le malade est très faible, facies très amaigri, paraît fatigué et beaucoup plus âgé qu'il ne l'est. Sa voix est faible. Sa toux est sèche, arrivant par quintes qui le font souffrir surtout quand il est assis. Ce mauvais état général, entretenu par la misère qui augmente, le force à entrer à l'hôpital.

Il n'a jamais eu de frisson.

15 décembre. — Matité à gauche et à droite dans le tiers supérieur du poumon.

A l'augmentation à gauche de gros râles humides surtout à la base, et un souffle tubaire rude, à la partie moyenne.

A droite, signe de congestion, râles fins et très léger souffle à partie moyenne.

Expectoration rare, crachats très adhérents légèrement teintés, améliorés pouds, 96°; température 38°2. Urines un peu rouges, trace d'albumine.

On lui donne la potion d'ipéca, mais on ne peut lui donner la potion jusqu'au bout car chaque cuillerée détermine des vomissements qui le fatiguent.

17 décembre. — L'état général semble s'être amélioré, le malade parle un peu plus facilement, la langue est toujours sèche, les signes physiques restent stationnaires, les crachats, toujours peu teintés, sont moins adhérents au crachoir et peu abondants.

22 décembre. — Le malade se sent mieux, la température descend, les quelques crachats expectorés sont très peu ambrés. la toux a beaucoup diminué mais est toujours sèche; le souffle qui est toujours très rude est très limité au tiers supérieur et s'entend aussi en avant au sommet gauche.

26 décembre. — Le mieux augmente, le souffle a presque disparu, on l'entend encore un peu en avant au sommet. Les crachats normaux sont très peu abondants le malade se sent un peu d'appétit.

5 janvier. — La toux est toujours un peu fatigante mais moins fréquente, l'expectoration n'existe presque plus ; le souffle à peine perceptible au sommet gauche.

5 janvier. — Bon appétit, les forces reviennent, presque plus de signes pulmonaires.

7 janvier. — Quitte l'hôpital complètement guéri, mangeant bien.

OBSERVATION X

Pneumonie gauche. — Déferescence le 5^e jour.

G..., 40 ans, terrassier, entré le 22 décembre 1899, salle Lasèque, lit 1.

19 décembre. — A été pris en se couchant d'un grand frisson, fièvre la nuit.

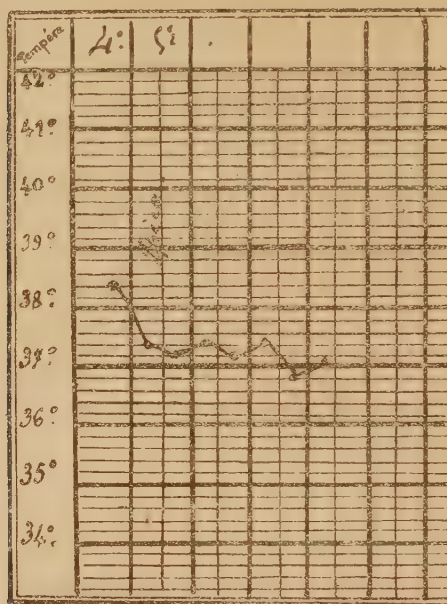
20 décembre. — Commence à tousser et se plaint d'un violent point de côté à gauche, l'expectoration devient abondante, les crachats sont rouillés, constipation.

22 décembre. — Se plaint de son point de côté très douloureux, toux sèche, l'expectoration est assez abondante ; les crachats sont adhérents mais peu teintés ; légère matité à gauche. Souffle faible dans l'aisselle gauche et quelques bouffées de râles fins au moment des efforts de toux.

On lui donne la potion d'ipéca dans l'après-midi, la 4^e cuillerée détermine quelques vomissements, mais on peut continuer la potion. Après il se trouve un peu mieux.

23 décembre. — L'état général reste bon, la langue est moins saburrale, l'expectoration est facile, les crachats sont moins visqueux. Le souffle est plus perceptible dans l'aisselle, mais toujours très faible, on n'entend plus de râles.

25 décembre. — La toux persiste encore un peu, l'expectoration est abondante et les crachats toujours un peu visqueux ne sont plus teintés.



Le malade se sent bien.

27 décembre. — On n'entend plus de signe pulmonaire. L'expectoration a diminué. Bon appétit.

28 décembre. — Quitte l'hôpital complètement guéri, se sentant fort et ayant bon appétit.

OBSERVATION XI

Pneumonie droite, paludéen.

Ma... Auguste, 30 ans, journalier, entre le 29 décembre 1899.
salle Lasègue, lit 7.

tie moyenne du poumon avec de gros râles sous-crépitaux surtout à la partie inférieure, crachats peu abondants, adhérents et rouillés.

A gauche, respiration soufflante avec de nombreux râles crépitaux.

Urines rouges ; traces d'albumine.

A midi on lui donne la potion d'ipéca jusqu'à 10 heures du soir. Elle est tolérée et ne détermine ni nausée, ni vomissement, ni diarrhée.

31 décembre. — Le malade se sent bien mieux, la dyspnée a beaucoup diminué, la respiration beaucoup plus libre ; se sent soulagé. L'expectoration sans être plus abondante est beaucoup moins pénible ; les crachats sont à peine ambrés.

Température est tombée à 39° le matin. Température du soir 37°.

Les signes physiques se sont peu modifiés.

1^{er} janvier. — Le malade se sent bien, la laryngite seule le fatigue un peu.

2 janvier. — La langue est légèrement saburrale.

En avant, à droite, expiration prolongée et soufflante.

En arrière à droite, gros râles sur toute la hauteur du poumon, on n'entend presque plus le souffle.

A gauche, respiration rude au sommet en avant, en arrière les râles crépitaux du début ne s'entendent plus, encore pourtant une légère submatité.

Le malade se sent toujours bien, ne souffre plus de son point de côté, il tousse et crache peu.

La laryngite va mieux, mais l'enrouement persiste toujours.

3 janvier. — Le souffle s'entend très faiblement encore à la partie moyenne à droite avec quelques râles sous crépitaux. La respiration est toujours un peu rude aux deux sommets. L'appétit est revenu ; le malade mange bien et se sent plus fort.

2 janvier. — Tous les signes pulmonaires ont disparu. L'appétit toujours bon le malade se sent très bien, la voix est encore un peu voilée. Il demande à quitter l'hôpital.

OBSERVATION XII

Pneumonie gauche. — Ethylisme. — Défervescence le 8^e jour.

Ch..., 50 ans, journalier. Entre 25 décembre 1899, salle Lasègue, lit 35.

A 32 ans fièvre typhoïde, éthylisme,

Il y a 4 ans aurait été soigné pendant un mois d'une pneumonie gauche.

Il y a 8 jours dans la nuit, est pris d'un frisson, de délire, céphalalgie continue.

Il y a 5 jours se plaint d'un point de côté violent à gauche, commence à tousser et à expectorer des crachats rouillés.

25 décembre. — Entre à l'hôpital dans la soirée.

28 décembre. — Tremblements des lèvres, de la langue, des mains. Le malade est très agité, très loquace. La langue est un peu sèche.

Crachats adhérents, visqueux, couleur marmelade d'abricots, dyspnée intense.

Température 39°4 : pouls 112, respiration 60.

Submatité à gauche sur toute la hauteur du poumon, souffle tubaire très net à la partie moyenne, quelques râles crépitants à la base.

On lui donne la potion d'ipéca, à la 4^e cuillerée un vomissement ; on continue néanmoins à lui donner la potion, il vomit une cuillerée sur deux, il a un peu de diarrhée.

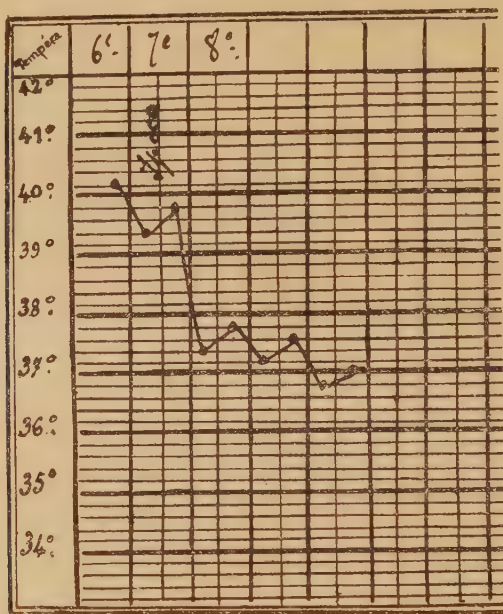
Presque aussitôt après la prise de sa potion le malade se sent soulagé, l'oppression a fortement diminué.

27 décembre. — Le malade n'est plus agité, parle bien. Le tremblement des lèvres a complètement disparu, celui des mains persiste, mais très atténué, presque plus de dyspnée. La langue encore un peu blanche, n'est plus sèche.

Le malade sent une grande amélioration depuis hier, ne souffre plus de sa tête.

Le souffle tubaire est toujours rude, maximum à la partie moyenne, mais s'entend sur toute la hauteur du poumon, les râles crépitants sont encore nombreux.

L'expectoration est peu abondante, mais les crachats sont encore très adhérents et très rouillés. La toux a diminué, température a baissé brusquement à 37°4.



28 décembre. — Le malade se sent bien, plus de fièvre, la langue est humide quoique toujours un peu blanche. Le souffle et les râles persistent sans grande modification. Il se plaint de constipation. Les crachats toujours visqueux sont beaucoup moins colorés.

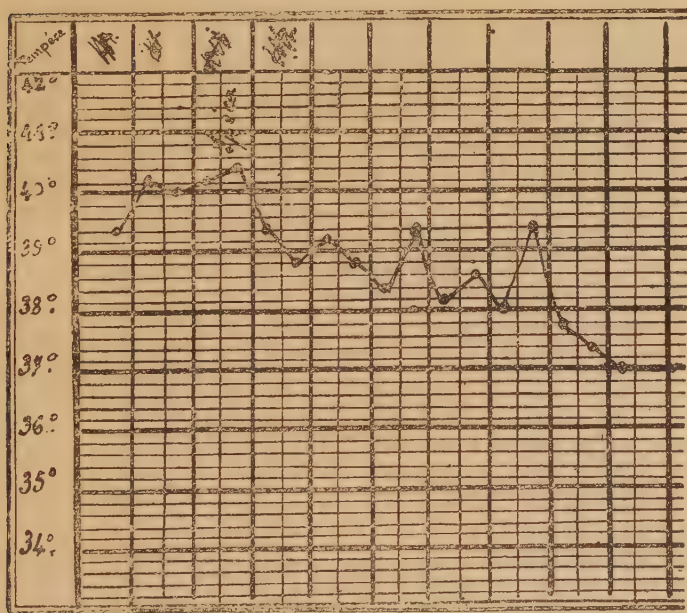
3 janvier. — Le malade n'a pas d'appétit, se plaint de nouveau d'un point douloureux à gauche, la langue est bonne. Le souffle s'entend à peine surtout à la partie moyenne; quelques gros râles sous-crépitanants à la base.

5 janvier. — L'expectoration est normale. Le souffle est à peine perceptible, encore quelques gros râles à la base. Le malade se sent toujours bien mais n'a pas grand appétit.

10 janvier. — L'appétit est revenu un peu. Le malade se sent plus fort, on n'entend plus de signes pulmonaires ; quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIII

Gir... Edouard, tailleur, 54 ans, entre le 5 janvier 1900, salle Lasègue, lit 6. Il y a 6 semaines, se sent fatigué, courbaturé, se plaint d'un fort mal de tête, pas d'appétit, mauvais état général, toussé, expectoration de bronchite.



5 janvier. -- Entre à l'hôpital, dyspnée notable, toux fréquente ; expectoration abondante, crachats très peu ambrés.

Légère augmentation des vibrations thoraciques à gauche, pas de souffles, nombreux râles fins surtout à la base.

Température 40°, pouls 100, passe une mauvaise nuit.

6 janvier. — Même état général, la température reste à 40°, mêmes signes de congestion, pas de souffle, ni point douloureux, expectoration n'est pas abondante, crachats ne sont pas adhérents, mais légèrement teintés de sang.

7 janvier. — Température remonte un peu, on lui donne la potion d'ipéca. A 1 heure de l'après-midi, elle est très bien tolérée, pas de vomissement, pas de diarrhée, quelques nausées aux dernières cuillerées.

Après sa potion le malade se sent mieux, se trouve soulagé, la toux persiste, mais l'expectoration est plus abondante, les crachats sont spumeux, aérés, il dort bien la nuit.

8 janvier. — La température baisse. Le malade se trouve bien, on entend encore quelques râles fins à la base gauche. Sonorité pulmonaire normale à la percussion. Tousse toujours beaucoup.

Les jours suivants le malade se sent de mieux en mieux, la température descend régulièrement avec quelques oscillations. L'expectoration est assez abondante. Les râles de congestion ne s'étendent que peu à présent.

27 janvier. — Quitte l'hôpital, se sentant bien plus fort et n'ayant plus un signe pulmonaire, la température est normale depuis une quinzaine de jours. L'expectoration est terminée.

OBSERVATION XIV

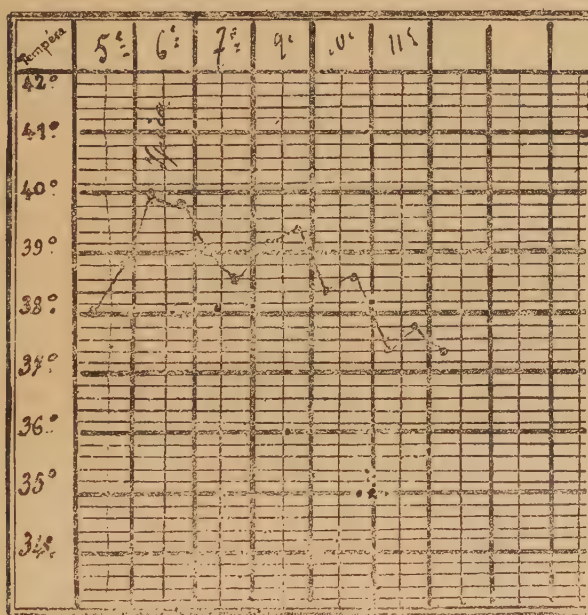
Pneumonie gauche. Bronchite chronique.

Déferescence rapide.

S... Désiré, 51 ans, journalier. Entré 7 janvier 1900, salle Lasègue, lit 19. Bronchite chronique depuis 16 ans.

3 janvier. — Dyspnée, toussse péniblement, crachats peu abondants, grisâtres de temps en temps avec quelques filets de sang, céphalalgie, se plaint d'un point de côté à gauche.

7 janvier. — Entre à l'hôpital, langue saburrale, dyspnée, crachats un peu striés de sang, sonorité thoracique normale, quelques râles fins à la base gauche, température matin 38°, le soir 38°8.



8 janvier. — Température est montée à 39°9, toussse beaucoup et en est fatigué, expectoration peu abondante, crachats visqueux, très adhérents au crachoir, couleur d'abricots; pas de souffle mais de nombreux râles crépitants sur la base gauche.

On lui donne la potion d'ipéca jusqu'à 10 heures du soir, il a quelques nausées à chaque cuillerée, mais pas de vomissements, ni de diarrhée.

Après sa potion le malade se sent mieux, il repose bien la nuit, la toux est toujours pénible.

9 janvier. — Le malade est bien soulagé; plus de dyspnée, expectoration plus abondante, crachats toujours visqueux et ambrés, pas de matité, légère submatité à la base, pas de souffle, de nombreux râles sous-crépitanants dans tout le côté gauche, facies congestionné, température baisse 39°, pouls 120°.

10 janvier. — Le mieux général augmente, le malade a faim, expectoration toujours abondante, mais crachats sont normaux, aérés, et ne sont plus colorés, la langue est bonne, on n'entend plus que quelques râles sous crépitanants mais on perçoit à présent de nombreux râles ronflants et sibilants disséminés des deux côtés de la poitrine.

12 janvier. — Reste dans le même état amélioré. Toujours les râles ronflants sibilants s'entendent des deux côtés surtout droite, pas de dyspnée, il dort bien la nuit.

15 janvier. L'appétit est toujours bon, les forces reviennent, on n'entend plus de râles sous-crépitanants, seuls les signes de bronchite chronique persistent des deux côtés et toujours plus à droite.

23 janvier. — Le mieux a toujours augmenté. Les forces sont revenues, l'appétit est bon. Le malade se sent bien et quitte l'hôpital, n'ayant plus que les signes de bronchite chronique qui persistent.

OBSERVATION XV

Pneumonie gauche — Déferescence le 11^e jour

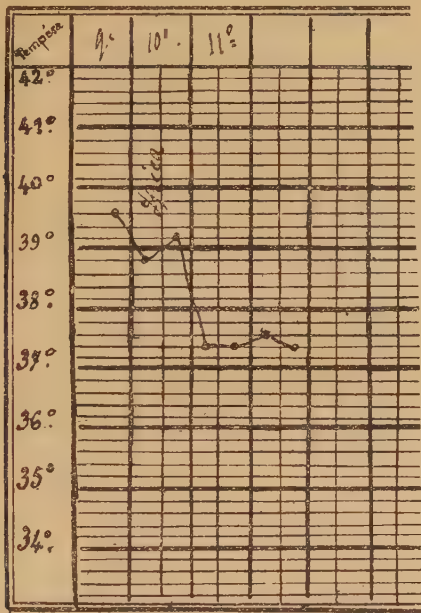
Du... Marie, 56 ans, libraire, entrée le 8 janvier salle M. Raymond, lit 7.

1^e janvier. — Céphalgie, point douloureux dans le côté gauche, ne tousse pas et ne crache pas, pas de frisson, se sent très fatiguée et se met au lit.

8 janvier. — Entre à l'hôpital, la malade paraît très fatiguée,

elle est somnolente répond très mal aux questions qu'on lui pose, elle est agitée surtout la nuit où elle a du délire. Temp., 39° 6.

Légère submatité à gauche, en arrière, râles crépitants dans tous les 2/3 inférieurs; à la base les râles sont beaucoup plus gros. Souffle tubaire s'entend faiblement au 1/3 supérieur.



Langue saburrale, expectoration peu abondante, crachats adhérents ambrés; se plaint beaucoup de son point de côté qui est exaspéré par les efforts de toux.

9 janvier. — Mêmes signes, répond un peu mieux, est un peu plus éveillée, se plaint toujours beaucoup de son point de côté.

Prend la potion dès 8 heures du matin, la continue jusqu'à 8 heures du soir, un peu de diarrhée, pas de vomissement.

10 janvier. — Les signes physiques sont peu modifiés, mais

la malade a bien dormi n'a pas eu de délire. Elle est sortie de sa somnolence et répond bien quand on lui parle. Paraît beaucoup moins fatiguée. Se plaint encore de son point de côté qui a beaucoup diminué d'intensité.

L'expectoration est un peu plus abondante. Les crachats sont beaucoup moins adhérents, et bien aérés, spumeux, et ne sont plus colorés.

Température : est tombée à 37° 4.

11 janvier. Langue encore un peu blanche. Râles crépitants plus gros dans toute la hauteur du poumon gauche. Souffle toujours très faible, très limité à la partie moyenne, la diarrhée peu abondante.

Les jours suivants l'état général s'améliore, l'appétit revient, les forces renaissent. La malade se sent bien. Les râles sont beaucoup moins nombreux. Le souffle ne s'entend plus.

22 janvier. — On n'entend plus de signes pulmonaires. L'appétit toujours bon. La malade se sent forte et se lève sans fatigue.

1^{er} février. — Quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XVI

Pneumonie gauche. — Chute de la température le 6^e jour.

Ch... Baptiste, 38 ans, charron. Entré le 16 janvier 1900, salle Lasègue, lit 33.

Il y a un an, a été soigné pour une bronchite, depuis ce temps s'enrhume très facilement.

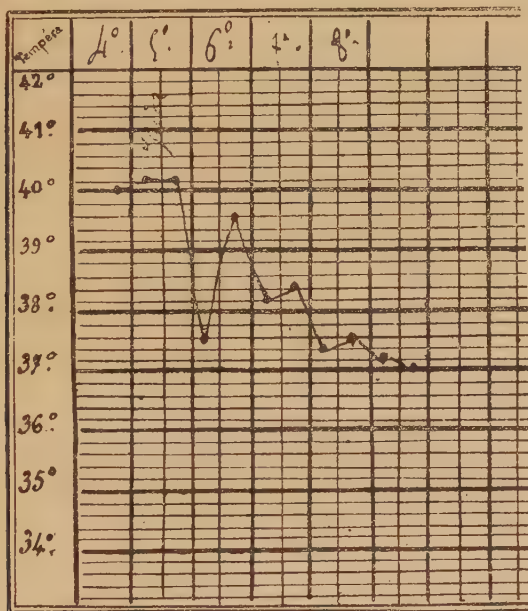
13 janvier. — Dans la nuit est réveillé par une vive douleur dans le côté gauche en arrière. Il a un grand frisson et se plaint d'un mal de tête violent.

14 janvier. — Les mêmes symptômes persistent encore plus violents. Le malade se sent courbaturé, très fatigué.

15 janvier. — Commence à rendre des crachats marmelade d'abricots ; température 40°, céphalalgie très forte, dyspnée intense, le point de côté est très douloureux.

16 janvier. — Entre à l'hôpital, 40° de température, constipation, céphalalgie intense, point de côté très douloureux, dyspnée très pénible. On lui pose des ventouses qui diminuent sa dyspnée, se sent brûlant la nuit, langue saburrale.

17 janvier. — Température 40°2, pouls 84, crachats adhérents, très colorés, petite submatité à gauche. Souffle tubaire



rude à la partie moyenne, avec quelques râles crépitants tout autour du foyer soufflant.

On lui donne la potion d'ipéca de 8 heures du matin à 8 heures du soir, il y a quelques vomissements après chaque cuillerée, le malade se sent soulagé après sa potion, la dyspnée a diminué, la céphalalgie est moins intense, le point de côté moins douloureux persiste encore. Dort bien la nuit.

18 janvier. — Température est tombée 37°6. Le malade se sent bien mieux, état général paraît bon, tousses peu, les crachats sont peu abondants et ne sont plus rouillés, l'expectoration est beaucoup plus facile, le mal de tête et le point de côté persistent mais avec beaucoup moins d'intensité. Souffle tubaire assez net au tiers supérieur du poumon gauche, encore de nombreux râles crépitants dans les deux tiers inférieurs.

L'après-midi le malade reçoit de nombreuses visites qui le fatiguent, la température remonte le soir 39°6. Il a des sueurs dans la soirée. La nuit est bonne.

19 janvier. — Se sent bien mieux, la langue est meilleure, encore un peu de submatité à gauche. Le souffle tubaire s'entend encore mais beaucoup moins rude, quelques râles sous-crépitanx à la partie moyenne et autour du foyer soufflant, tousses peu et les crachats beaucoup plus abondants sont de couleur normale.

21 janvier. — Se sent très bien, l'appétit est bon, tousses peu ne crache plus, respiration normale, on n'entend plus qu'un souffle très léger, très limité à la partie moyenne avec quelques râles crépitants qui n'apparaissent que pendant les grandes inspirations et en faisant tousser le malade.

25 janvier. — Toujours bon appétit, plus de signes pulmonaires, se sent fort, quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XVII

Pneumonie gauche. — Déferescence le 7^e jour.

Hou... Henri, 28 ans, représentant de commerce, entré le 22 janvier 1900, salle Lasègue, lit 28.

Tousse depuis 15 jours.

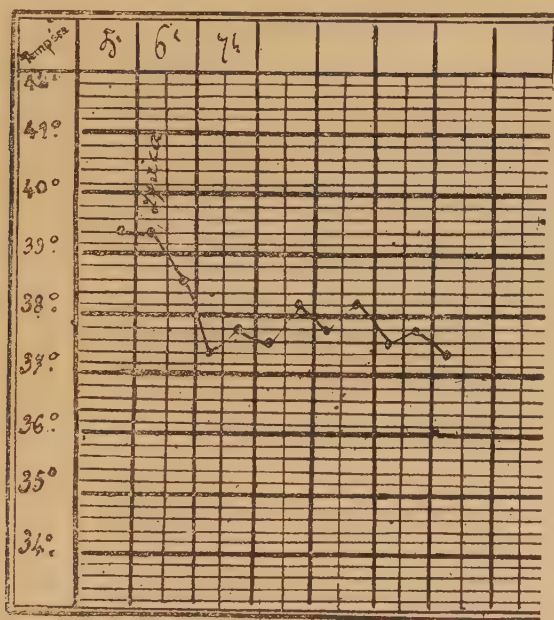
Il y a 5 jours après dîner, ressent brusquement un point douloureux à la région précordiale sous le mamelon gauche et bientôt est pris d'un grand frisson, il a des vomissements qui le soulagent.

Le lendemain il est très oppressé, toussé beaucoup. Le point douloureux persiste.

Puis il commence à expectorer des crachats teintés de sang. Ne peut dormir la nuit, il a de la céphalalgie, sueurs abondantes.

22 janvier. — Entré à l'hôpital.

23 janvier. — Le malade paraît très fatigué, très abattu, ne souffre plus de son point de côté, langue humide et bonne, il a



des sueurs, se plaint encore de son mal de tête, crachats abondants très congestifs presque sanguinolents, toux pénible.

Un peu d'albumine dans les urines.

Température 39°4, pouls 100, respiration 64.

Sa forte dyspnée lui est très pénible.

A gauche, matité dans toute la hauteur du poumon. Souffle intense s'entendant dans tout le côté gauche avec son maximum d'intensité à la partie moyenne.

Quelques râles crépitants au moment de la toux.

A droite, propagation du souffle du côté gauche, à la base, quelques râles fins de congestion, *prend la potion à midi*, il a quelques nausées à la fin, mais pas de vomissement, un peu de diarrhée. Il crache abondamment. Il dort bien.

24 janvier. — Se sent bien reposé, est beaucoup soulagé, l'expectoration est beaucoup plus facile, crachats abondants encore très congestifs, très colorés, presque rouges. Se plaint d'un point très douloureux à droite.

Température est tombée à 37°4, pouls 76, respiration 40.

Matité à gauche. Souffle tubaire encore très fort mais moins intense qu'hier, ne se propage plus du côté droit. A droite, quelques gros râles humides à la base.

25 janvier. — Le malade qui s'était beaucoup frappé de son état, se sentant bien moins abattu, et beaucoup soulagé, reprend espoir ; plus de dyspnée, expectoration facile et abondante. crachats encore adhérents mais beaucoup moins rouillés.

Les signes physiques persistent mais très atténués.

29 janvier. — Le malade se sent bien, mange de bon appétit et se sent plus fort.

Encore un peu de submatité à gauche. Le souffle a presque disparu, encore quelques râles sous-crépitanls peu nombreux, expectoration moins abondante, crachats muqueux blancs.

Les jours suivants le malade se sent rapidement reprendre des forces.

L'état général est très bon, les signes pulmonaires ont disparu, l'expectoration peu abondante est normale.

6 février. — Quitte l'hôpital, complètement guéri.

OBSERVATION XVIII

Pneumonie gauche.

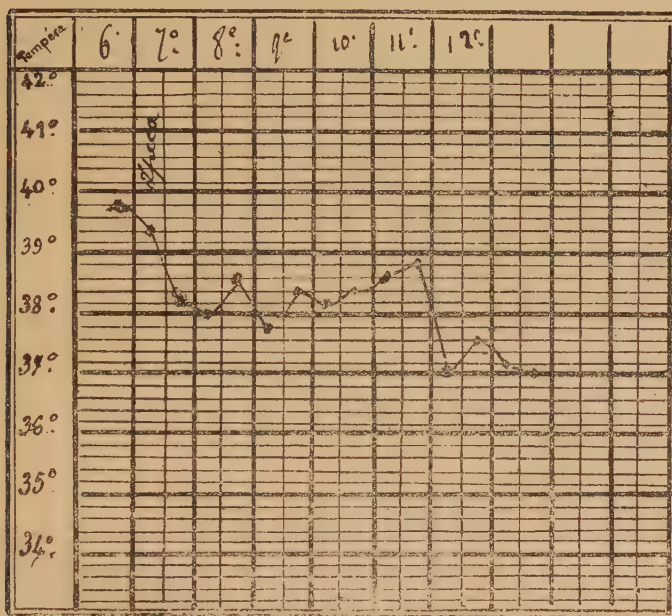
Bol... Jacques, 49 ans, entré 12 février 1900. Salle Lasègue lit 38.

Depuis six jours est malade, a été pris d'un violent frisson, céphalalgie, point de côté très douloureux à gauche. Insomnie. Toux fréquente et pénible.

Depuis deux jours expectore des crachats très visqueux, striés de sang et couleur abricots.

12 février. — Entre à l'hôpital. Temp. 39° 5.

13 février. — Dyspnée assez prononcée, pénible, langue saburrale.



Temp. 39° 3, pouls 96°. Souffre beaucoup de son point de côté à gauche, exaspéré par chaque inspiration. Toux très pénible, expectoration peu abondante, crachats très adhérents et très rouillés.

Submatité à gauche, râles crépitants des deux côtés dans toute la hauteur du poumon, souffle s'entend seulement en avant vers l'aisselle gauche.

On lui donne potion d'ipéca dès 6 heures du matin, pas de vomissement ni diarrhée, le malade se sent un peu mieux après sa potion, mais souffre toujours beaucoup de son point de côté, on lui met quelques ventouses sèches sur le point douloureux, il se trouve un peu soulagé, la temp. tombe à 38° 2.

14 février. — Temp. 38°, pouls 96°, respirat. 60°, mêmes signes physiques peu modifiés, dyspnée toujours pénible, mais le malade souffre moins.

L'expectoration beaucoup plus facile, crachats encore rouillés mais moins.

Les jours suivants la température se maintient vers 38° mais l'état général s'améliore, plus de douleurs dans le côté, les signes physiques s'éteignent peu à peu chaque jour. la langue toujours un peu blanche.

L'expectoration encore abondante est devenue normale.

21 février. — Le malade se sent bien, a bon appétit, ne souffre plus, la langue encore un peu blanche, l'expectoration est peu adondante et est normale. L'état général est bon. On entend encore un très léger souffle avec quelques râles sous-crépitaunts peu nombreux.

27 février. — Sort de l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XIX

Pneumonie gauche.

Lem... Césarine, 40 ans, domestique. Entrée 17 février 1900, salle Raynaud, lit 29.

14 février. — Etait bien dans la journée, le soir à 10 heures est prise brusquement d'un violent frisson, puis dans la nuit se plaint d'un point de côté sous le sein gauche, céphalalgie, se met à tousser.

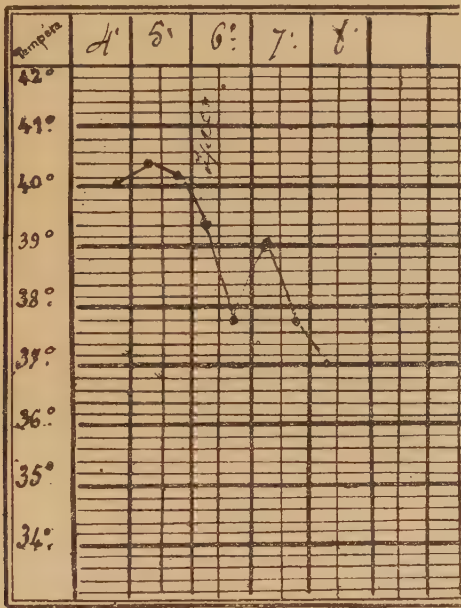
16 février. — Même état avec des vomissements.

17 février. — Entre à l'hôpital, température 40°, toux pénible,

crachats abondants, adhérents, rouges, striés de sang, constipation, point de côté douloureux.

Urine rare et rouge, percusssion normale, auscultation, râles sibilants des deux côtés dans toute la poitrine, en avant et à gauche sous l'aisselle, râles crépitants nombreux, pas de souffle.

18. — Même état persiste, la température reste au-dessus de 40°.



19. — La température est un peu descendue : 39°4, mais les signes pulmonaires persistent, on lui donne la potion d'ipéca à midi, elle a de nombreuses nausées mais pas de vomissements, ni de diarrhée.

20 février. — Le point de côté a disparu complètement pendant la nuit qui a été bonne. Les crachats ne sont plus rouillés, l'expectoration est beaucoup plus facile et la toux moins pénible, la langue encore un peu blanche.

Température du soir 37°8. Urine très foncée, rouge. Transpiration la nuit.

Les jours suivants, les signes physiques s'amendent, les râles diminuent.

L'expectoration est rare et normale, la température est et reste normale, l'appétit est revenu et les forces réapparaissent. L'état général est bon.

26 février. — La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XX

Due à l'obligeance de mon collègue Patin.

Pneumonie gauche.

Rosat Louis, 15 ans, fumiste, entré le 17 octobre 1900, salle Lasègue, lit 28

15 octobre. — Le malade a travaillé sans aucune fatigue le 15 octobre. Vers onze heures sent tout à coup un point de côté violent à gauche. Une heure après il est pris d'un frisson. Dans la soirée se plaint de mal de tête et se met à vomir.

Le point de côté a disparu la nuit.

17 octobre. — Entre à l'hôpital.

18 octobre. — L'état général est fortement atteint, le malade est très prostré, il a eu du délire la nuit.

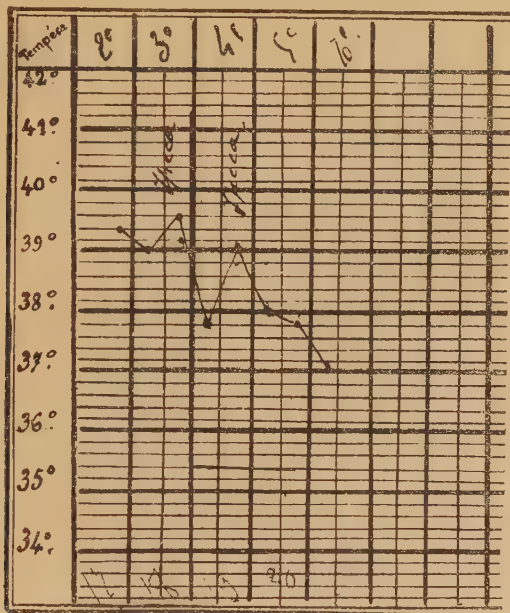
La pommette gauche est rouge, dyspnée intense, crachats adhérents, rouillés, peu abondants ; à la percussion : matité à gauche. À l'auscultation, souffle à la partie moyenne du poumon gauche ; râles crépitants, bronchophonie ; quelques râles humides à la base gauche et dans le poumon droit.

À dix heures on lui donne de l'ipéca jusqu'à trois heures, on cesse, car il se produit des vomissements. Bien que n'ayant pas pris entièrement sa potion, le malade se sent soulagé ; la dyspnée est moins pénible et la nuit est bonne.

19. — La température est tombée à 37°8. Les crachats sont

beaucoup moins rouillés et sont plus abondants et moins visqueux.

La température remonte, on redonne la potion d'ipéca, il a encore quelques vomissements avant la fin de sa potion.



L'amélioration de l'état général est sensible, plus de dyspnée, les crachats sont normaux. Souffle a diminué.

21. — Déferescence complète. Etat général bon. Encore quelques râles humides dans le poumon gauche.

23. — On n'entend plus le souffle.

Le malade sort complètement guéri.

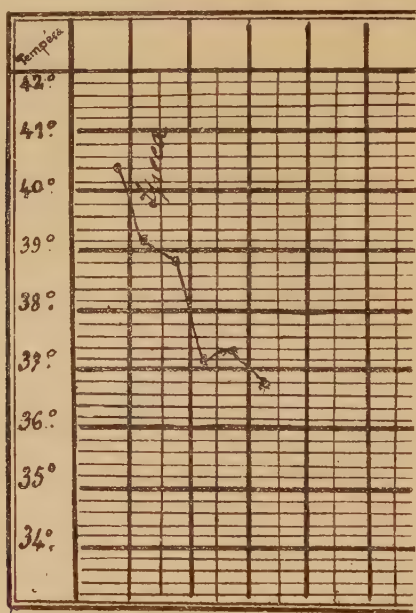
OBSERVATION XXI

Pneumonie droite

Schn..., 50 ans, journalière. Entrée 10 octobre 1900, salle M. Raynaud, lit 38.

10 octobre. — La malade qui souffre depuis les derniers jours de septembre, entre très dyspnéique avec une température élevée $40^{\circ}5$. L'auscultation fait entendre un souffle tubaire assez intense et des râles crépitants.

11 octobre. — Température 39° . La malade a de la diarrhée. On lui donne de l'ipéca, à 2 heures de l'après-midi, la malade était alors encore très gênée pour respirer.



A 6 heures la gêne respiratoire avait considérablement diminué et la fièvre était tombée à $38^{\circ}9$. Les crachats deviennent moins visqueux et moins rouillés.

L'ipéca n'a pas modifié la diarrhée et n'a pas donné de vomissements et a amené une diminution notable de la dyspnée et a heureusement modifié les crachats.

12 octobre. — La température est à 37° . La malade se sent bien, les signes de la pneumonie diminuent peu à peu.

20 octobre. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XXII

Pneumonie droite

B..., 27 ans, manouvrier ; entrée le 16 novembre 1900, salle Lasègue, lit 29.

14 novembre. — Dans la journée est pris de courbature ; dans la nuit ressent un violent point de côté dans l'aisselle droite toux fréquente, expectoration assez facile.

15 novembre. — Dyspnée, pas d'expectoration.

16 novembre. — Entrée à l'hôpital. Température 39° 9.

17 novembre. — Matité, dans 2/3 inférieurs en arrière du poumon droit. Bronchophonie, respiration soufflante en arrière, râles crépitants dans l'aisselle ; râles sous-crépitaux à la base, à gauche, râles ronflants et sibilants en avant et en arrière.

On lui donne l'ipéca, il en prend 6 cuillerées et a alors des vomissements et 5 selles, on arrête la médication. Le malade se sent soulagé. Le point de côté est beaucoup moins fort et l'expectoration plus facile.

18 novembre. — Etat stationnaire mais état général bon, température 39° 6.

19. — La température tombe, le malade se sent bien, les signes physiques persistent mais atténués.

L'amélioration continue les jours suivants.

27 novembre. — Encore quelques râles de bronchite des deux côtés de la poitrine, mais se sent bien mieux et quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXIII

Pneumonie droite.

V..., 29 ans, employé de commerce. Entré 24 novembre 1900, salle Lasègue.

Pleurésie à 7 ans.

18 novembre. — Le malade a été pris dans l'après-midi d'un violent frisson et est obligé de s'aliter. Dans la nuit a eu deux vomissements.

19 novembre. — Le malade commence à tousser et expectore des crachats rosés.

Jusqu'au 24 le malade est très oppressé.

24 novembre. — Entre à l'hôpital, à droite en arrière, matité dans toute la hauteur du poumon, râles crépitants fins, dans l'aisselle on entend un souffle tubaire et des râles crépitants fins autour du foyer soufflant.

Pouls 100, respiration 36, crachats marmelade d'abricots.

25 novembre. — A 6 heures prend ipéca, nausées aux premières cuillerées, puis n'a plus ni nausées, ni vomissements.

26 novembre. — Le malade se sent bien mieux, l'expectoration est bien modifiée, les crachats sont moins rouillés et moins adhérents, la dyspnée a presque disparu, gros râles crépitants en arrière et dans l'aisselle. Pouls 80.

27 novembre. — Submatité, encore quelques râles crépitants dans l'aisselle.

Expectoration facile et normale.

28 novembre. — Le malade se sent bien, mange de bon appétit, toujours quelques râles dans l'aisselle et en arrière.

29 novembre. — L'amélioration continue; on n'entend plus de râles qu'en arrière à la partie moyenne. Le malade sent ses forces revenir.

OBSERVATION XXIV

Pneumonie gauche. Péricardite. Mort.

Femme entrée le 6 novembre 1900, avec des signes de pneumonie, température 40°², souffles et râles crépitants à gauche, à droite matité sur presque toute la hauteur, égophonie, cœur affaibli.

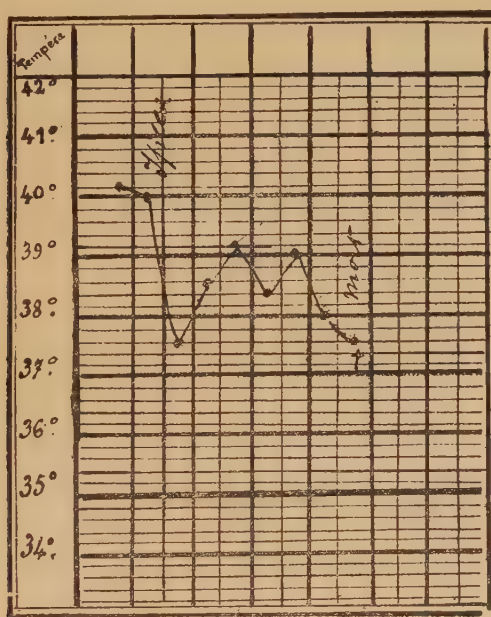
Dyspnée, toux sèche et pénible.

7 novembre. — 40°,1, on lui donne ipéca qu'elle tolère, se sent soulagée mais la dyspnée persiste, le cœur est toujours affaibli, le soir la température est tombée à 37°,6.

8 novembre. — La température remonte à 38°,6, les signes pulmonaires n'ont guère changé.

Battements de cœur sourds et irréguliers.

10 novembre. — Mort.



Autopsie. — A gauche : broncho-pneumonie, foyers d'hépatisation multiples, mais très rapprochés à la base.

A droite : fausses membranes et épanchement purulent-abondant dans la plèvre. à la coupe des poumons, le liquide purulent sort des bronches.

Péricardite avec épanchement, feuillet du péricarde sont dépolis.

Foie : petit, cirrhotique.

OBSERVATION XXV

Pneumonie droite. Misère. Vieillesse. Mort.

Prud..., 74 ans. Entrée le 22 novembre 1900, salle M. Raynaud, lit 38.

Entre dans le service au 2^e jour de sa maladie, se plaint d'un violent point de côté à droite.

Peu de dyspnée, expectoration visqueuse et couleur marmelade d'abricots.

Pas de souffle, quelques râles sous-crépitanants à la base droite.

Température : 39° le matin, 39°,9 le soir.

23 novembre. — Température 39°, on lui donne la potion d'ipéca qui est bien tolérée.

Soir 38°,8

24 novembre. — 38°,6, le soir la température remonte, 39°,5, la malade ne se sent pas bien, est oppressée, crachats peu abondants et peu colorés, râles sous-crépitanants à la base droite peu abondants, langue sèche.

25 novembre. — Température remonte le soir, 39°,6 et le malade meurt la nuit.

Autopsie. — Hépatisation de tout le lobe inférieur du poumon droit

OBSERVATION XXVI

Pneumonie droite. Déferescence le 6^e jour.

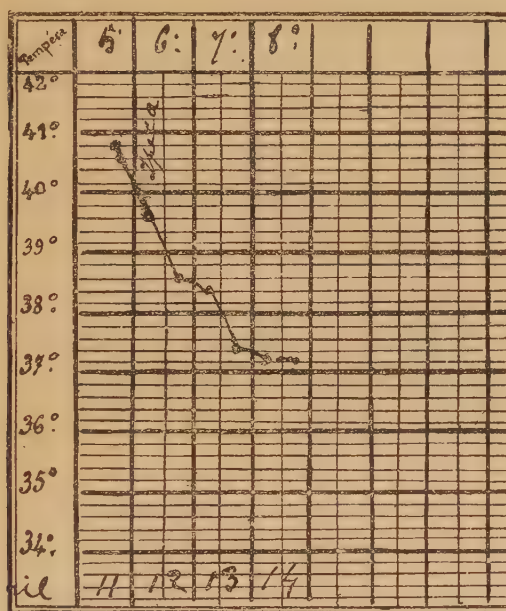
God... Angèle, 25 ans, couturière. Entrée le 11 avril 1900, salle M. Raynaud, lit 18.

Débuts de la maladie le 6 avril.

11 avril entrée à l'hôpital, souffle tubaire à partie moyenne

du poumon droit, râles crépitants surtout à la base, crachats rouillés, boutons d'herpès à la lèvre inférieure, face congestionnée, température, 40°,8

12 avril. — 39°,6, on lui donne l'ipéca qui est bien toléré, la malade se sent mieux dans la journée, le soir température, 38°,6.



13 avril. — La malade se sent de mieux en mieux, les crachats ne sont plus rouillés, l'expectoration est facile. Le facies est bien meilleur, le soir température, 37°,4.

Les jours suivants la température reste normale, la malade mange, se sent bien et quitte l'hôpital complètement guérie le 23 avril.

OBSERVATION XXVII

Pneumonie droite. — Déferescence 6^e jour.

Rob..., 32 ans, soignée chez elle à Ivry, début de la maladie 3 avril 1900.

3 avril. — Dans la soirée, violent frisson, points de côté douloureux à droite, dans la nuit fièvre très forte; la malade est très oppressée.

4 avril. — Le même état persiste, on lui met un vésicatoire et on lui donne une potion de Todd, matité à droite, râles crépitants; souffle tubaire à partie moyenne du poumon droit, céphalalgie tenace. langue saburrale, crachats rouillés, visqueux, expectoration pénible.

5 avril. — Le vésicatoire, la potion de Todd, les cachets de sulfate de quinine, n'ont eu aucune action, le même état persiste, le point de côté est toujours très violent, la température élevée, la dyspnée est très grande, râles crépitants nombreux et souffle intense.

6 avril. — La malade est très affaiblie, souffre beaucoup de son point de côté et de sa dyspnée qui augmente.

7 avril. — La malade est très mal, très faible, les signes physiques ne sont guère modifiés mais l'état général est très mauvais, le moindre mouvement volontaire ou provoqué fait crier la malade dont la dyspnée est intense. La malade et surtout son entourage craignent de voir l'asphyxie arriver. Malgré la faiblesse de la malade et le très mauvais état général, on lui donne la potion d'ipéca.

La malade a eu un peu de diarrhée et de nombreuses nausées mais n'a pas vomi.

8 avril. — Quand nous revenons voir la malade dont l'état nous avait inquiété la veille, nous fûmes rassuré de suite par le mari qui vint au-devant de nous pour nous dire que la malade

allait bien mieux. La malade en effet se sentait bien améliorée, le point de côté si douloureux la veille avait presque disparu et la dyspnée intense qui la fatiguait tant et qui inquiétait si fort sa famille avait considérablement diminué ; pouls de 130 était tombé à 96.

Les crachats toujours un peu rouillés se détachaient plus facilement et l'expectoration plus facile n'était plus pénible pour la malade.

On continue la potion de Todd et l'amélioration fait des progrès.

10 avril. — La malade va bien, elle peut s'asseoir sans douleur, cause facilement, le pouls est normal, ses crachats ne sont plus rouillés.

Le souffle tubaire persiste mais moins intense.

11 avril. — L'amélioration continue, la malade ne souffre plus, expectoration peu abondante et normale, langue est bonne. La malade demande à manger.

OBSERVATION XXVIII

Pneumonie droite. — Déferescence le 6^e jour.

Pe..., employée. Entrée le 23 mai 1900, salle M. Raynaud, lit 11 bis.

19 mai. — En revenant d'une partie de bicyclette, se sent mal à son aise, se couche, a de la fièvre et du délire la nuit. Elle ressent un violent frisson et un point de côté très douloureux à droite.

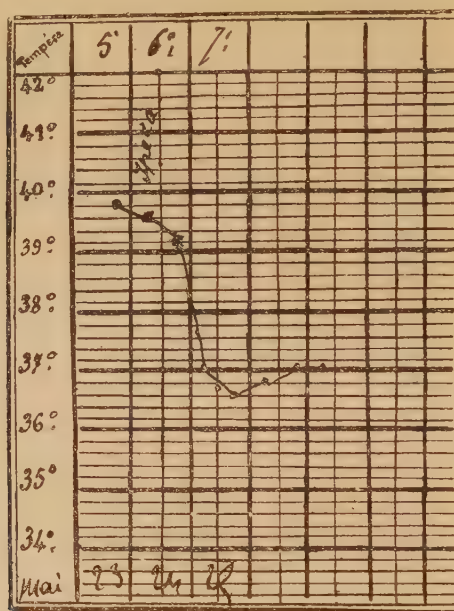
20 mai. — Crachats rouillés. Tousse peu, céphalalgie, point douloureux persiste.

23 mai. — Entre à l'hôpital, 39°8.

24 mai. — Souffle tubaire à droite, râles crépitants ; expectoration rouillée.

Température 39°5, on lui donne potion d'ipéca, qu'elle tolère sans nausée ni vomissement; le soir 39°3.

25 mai. — Déferescence, 39°; la malade se sent beaucoup mieux, a eu quelques sueurs la nuit, l'expectoration a presque disparu, les crachats ne sont plus rouillés, encore un peu adhérents au crachoir.



Les jours suivants la température reste normale, les signes physiques s'atténuent rapidement. La malade sort complètement guérie le 12 juin et va à Vincennes.

OBSERVATION XXIX

Pneumonie droite. — Déferescence le 10^e jour.

Sch..., Entrée le 22 mai 1900, salle Lasègue, lit 55.

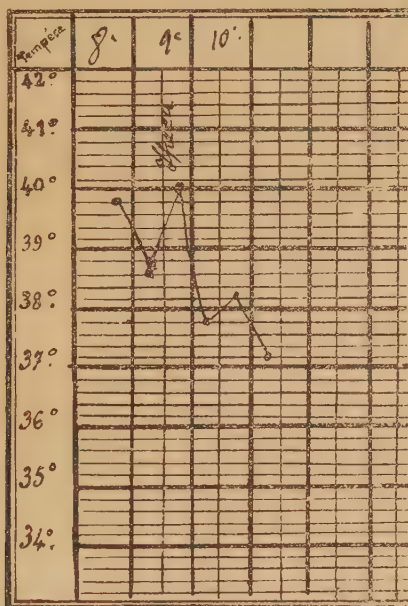
Il y a 7 jours est courbaturé, puis est pris de frissons violents

et souffre d'un douloureux point de côté à droite qui s'exaspère à chaque inspiration.

Il y a 3 jours le malade crache abondamment, crachats visqueux, marmelade d'abricots avec quelques filets de sang, se purge deux fois.

22 mai. — Entre à l'hôpital : 39°8.

23 mai. — Température baisse à 40°. Signes de pneumonie à droite.



L'après-midi on lui donne la potion d'ipéca qu'il supporte avec quelques nausées; le soir température 40°.

24 mai. — Température est tombée 37°8. Le malade se sent mieux, les crachats sont toujours abondants mais ne sont plus rouillés.

Les jours suivants, la température est normale, le malade se sent bien, a de l'appétit, les signes pulmonaires ne sont plus perceptibles, l'expectoration a presque disparu.

7 juin. — Sort complètement guéri.

OBSERVATION XXX

Pneumonie droite. — Ethylisme.

Pat... Désiré, 43 ans, puisatier, entre le 25 juin 1900, salle Lasègue, lit 34.

Variole 1870, fièvre typhoïde 1892, éthylisme.

20 juin. — Travaille dans un puits, se sent froid, le soir a de la fièvre, céphalalgie, tousse un peu, la nuit a un violent frisson.

21 juin. — Douleur dans les reins et dans le côté droit, céphalalgie persiste, veut continuer à travailler.

23 juin. — Est obligé de s'arrêter et se met au lit.

24 juin. — Tousse et expectore des crachats rouillés, visqueux, peu abondants; céphalalgie et point de côté persistent.

25 juin. — Entre à l'hôpital le soir, température 40°1.

26 juin. — On lui donne l'ipéca dès 6 heures du matin, pas de nausées ni vomissement, ni diarrhée.

Le point de côté a diminué, les crachats sont abondants, très rouillés : pouls 120. Température 39°8, langue est bonne. Toux fréquente et pénible l'empêche de dormir. Légère submatité à droite surtout sur ligne axillaire et à la base; à l'auscultation on ne perçoit que très peu de signes, une diminution du murmure vésiculaire.

Température soir 38°6.

27 juin. — Pas d'amélioration, crachats toujours très congestifs, le point de côté très douloureux l'a empêché de dormir. Température 39 : pouls 120.

En avant au-dessus du mamelon droit on trouve un foyer de râles crépitants; albumine dans les urines.

28 juin. — Grande amélioration de l'état général. Le malade a bien dormi la nuit et se sent bien, le point de côté a presque disparu, la toux est toujours fréquente et encore fatigante, les

crachats sont toujours très rouges, les signes physiques deviennent plus nets, on entend à présent un souffle tubaire en avant un peu sous la clavicule et sous l'aisselle entourées de gros râles sous-crépitaunts.

2 juillet. — Température normale, plus de dyspnée, en avant on perçoit encore un très léger souffle, avec des râles fins à la base droite, la toux est toujours fréquente, les crachats abondants sont blancs.

Il quitte peu de temps après l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XXXI

Va... Jeanne, 68 ans. Entrée 14 janvier 1901, lit 31, salle M. Raynaud.

Malade depuis 6 jours, a eu un grand frisson, douleur diffuse dans tout le côté droit, nausées sans vomissement, inappétence.

14 janvier. — Entre à l'hôpital, langue saburrale, urines très rouges et rares.

Température 40°. Malité à droite, souffle à partie moyenne, râles crépitaunts surtout à la base, crachats peu colorés mais très adhérents au crachoir.

On lui donne la potion d'ipéca, pas de vomissements ni de diarrhée.

15 janvier. — L'état reste stationnaire, la température a peu baissé, 39°2.

Les râles deviennent plus gros, plus humides, la langue est moins sèche.

L'état reste stationnaire pendant quelques jours, la température oscillant entre 38°4 et 39°2 jusqu'au 21 janvier. A partir de cette date l'amélioration se fait sentir, la température baisse progressivement et atteint la normale le 26 janvier. La malade se sent de mieux en mieux, reprend quelques forces et quitte l'hôpital complètement guérie le 9 août.

OBSERVATION XXXII

Pneumonie droite, vieillesse.

Rol... Eugénie, 68 ans. Couturière, entrée le 13 janvier 1901, salle M. Raynaud, lit 29.

Malade depuis 10 jours, a eu un violent point de côté, un frisson, de la fièvre et a dû s'aliter, s'est purgée chez elle.

13 janvier. — Entre à l'hôpital, très faible, prostrée, somnolente, langue sèche.

Température 40°8.

14 janvier. — Constipation, langue sèche, même état de prostration, matité à droite, râles et souffle à partie moyenne du poumon droit.

Température matin 39°8. Le soir 39°9. On lui donne la potion d'ipéca qui est bien tolérée.

15 janvier. — La malade est sortie de sa somnolence, se sent mieux.

Température toujours élevée, 39° le matin, 39°9 le soir. Le souffle moins intense, les râles plus gros, plus humides.

L'amélioration de l'état général s'accroît chaque jour en même temps que la température descend, défervescence en lysis, atteint la normale le 19 janvier.

24 janvier. — La malade se sent bien, l'état général est bon, la langue bonne, légère submatité à droite, souffle s'entend encore mais faiblement. Toujours quelques râles à la base du poumon droit.

6 juillet. — Quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXXIII

Pneumonie lobe supérieur droit. — Vieillesse. — Antécédents pulmonaires. — Défervescence le 5^e jour.

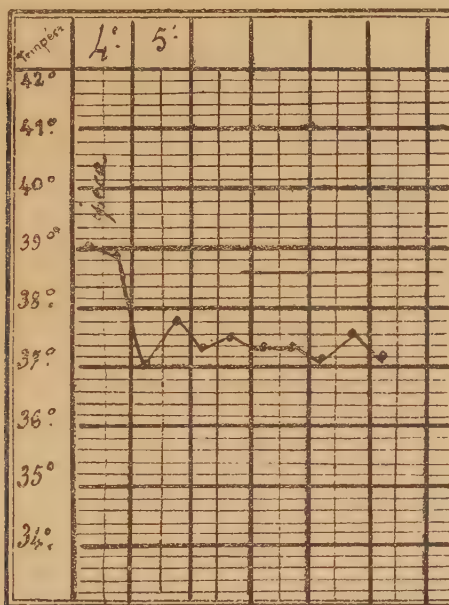
Lem., 68 ans, couturière. Entrée 14 février 1901, salle M. Raynaud, lit n° 30.

Depuis l'âge de 8 ans avait des quintes de toux fréquentes et pénibles surtout du mois de septembre au mois de mai.

En 1867 elle crache du sang.

A la ménopause, à l'âge de 53 ans, la toux s'arrête, mais la malade reste faible.

Il y a 3 semaines elle a les pieds mouillés, le lendemain elle a des frissons, n'a plus d'appétit, tous les matins se plaint d'avoir la langue pâteuse, se sent très lasse, commence à tous-
ser de nouveau.



Il y a 3 jours elle souffre d'un violent point douloureux à la hauteur du sein droit et qui s'étend jusque sous le bras. Elle a de la fièvre, est constipée, elle urine peu et ses urines sont très épaisses, rouge-brique.

15 février. — Langue sèche, saburrale, souffre toujours beaucoup de son point de côté, tousse peu, crache peu, crachats

blancs mais très visqueux, très adhérents au crachoir. Température 39°, pouls 102.

Percussion, submatité à droite dans 1/3 supérieur du poumon.

Auscultation : à droite, souffle tubaire intense au niveau du lobe supérieur droit, râles crépitants autour du foyer soufflant et surtout vers l'aisselle. Murmure vésiculaire très affaibli à la base.

A gauche quelques râles sibilants disséminés.

Respiration courte et pénible.

On lui donne la potion d'ipéca vers 3 heures, à la 2^e cuillerée va à la selle, la diarrhée devient assez fréquente ; quelques nausées qui s'arrêtent vers la 5^e cuillerée, pas de vomissement.

La malade à la 3^e cuillerée dit se sentir mieux. L'expectoration est beaucoup plus facile, les crachats sont plus abondants et se détachent bien.

La langue est plus humide et moins blanche.

16 février. — La langue est presque bonne, l'oppression a bien diminué, la malade qui était somnolente à son entrée, parle facilement, est beaucoup moins prostrée. Le point de côté a presque disparu.

Température 37° pouls 90. Submatité à droite ; en arrière souffle tubaire s'entend toujours avec maximum au niveau de l'épine de l'omoplate, râles crépitants et sous-crépitanants vers l'aisselle. A gauche toujours des râles sibilants.

17 février. — Etat général meilleur, l'appétit revient. Température 37°.

Signes physiques changent peu. La diarrhée s'est arrêtée, la malade va à la selle normalement,

18 février. — La malade se plaint de nouveau de son point de côté, la toux redevient plus fréquente. La malade se sent moins bien que la veille. Les crachats sont moins abondants et redeviennent visqueux. Les signes physiques sont plutôt diminués d'intensité. Pouls 75, respiration 24.

20 février. — Le malaise du 18 a disparu, la malade se sent

bien de nouveau, elle tousse et crache encore, l'appétit est bon et elle commence à manger. Le souffle est moins intense, râles sous-crépitaunts : pouls 70. Respiration 24.

24. — Etat général très bon. Bon appétit. Se sent plus forte.

Râles sous-crépitaunts au sommet droit et dans l'aisselle. Souffle s'entend à peine, râles fins à la base gauche. Quelques gros râles humides en avant.

La malade se lève un peu dans la journée.

26. — Se sent très bien. Plus de signes pulmonaires autres que quelques râles de bronchite surtout à gauche. Elle demande à quitter l'hôpital.

OBSERVATION XXXIV

(Due à l'obligeance de M. Dreyfus-Brisac.)

Pneumonie gauche. — Éthylisme.

Sub... Henri, 25 ans, cordonnier. Entrée 10 novembre. 1898. Salle Lasègue. Lit n° 6.

Ethylisme, crampes, cauchemars.

Il y a 4 jours dans la nuit est pris d'une douleur violente à droite, pas de frisson, pas d'expectoration. Un médecin lui fait mettre un vésicatoire au sommet droit, le lendemain cataplasmes sinapisés à base droite.

Le 10 novembre. — Entre à l'hôpital. 38° 4.

11 novembre. — Point de côté à gauche, température le soir, 39° 8.

12 novembre. — 39° 5. Le malade est très dyspnéique, faciès pâle, couvert de sueurs ; quelques vésicules d'herpès aux lèvres, les crachats qui hier étaient verdâtres, sont ce matin spumeux, adhérents, et ambrés, respiration 48. Pouls 136.

En avant à droite submatité, râles humides surtout à l'expiration.

En arrière. Vibrations augmentées à la base gauche.

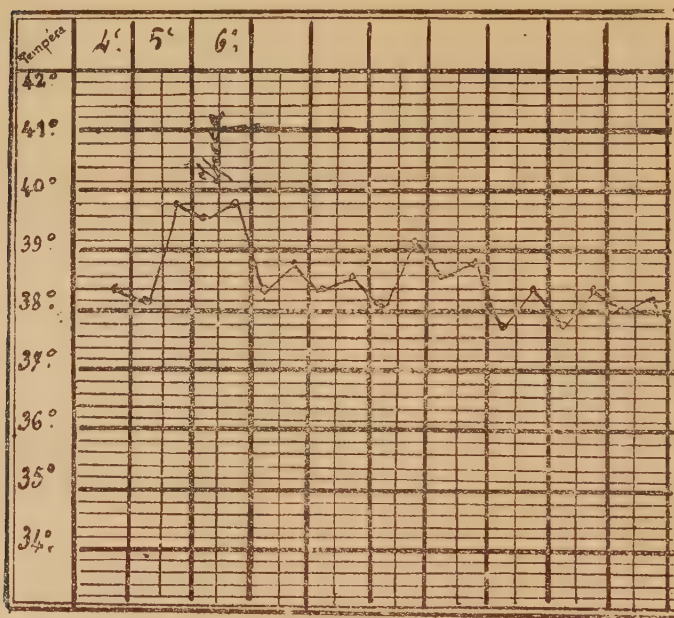
Matité à base gauche et au sommet droit. A gauche 2/3 inférieurs, souffle tubaire, bronchophonie, égophonie,

Un peu d'albumine.

Examen des crachats : pneumocoques, staphylocoques et streptocoques.

On lui donne 190 d'ipéca en lavage.

13 novembre. — Les signes physiques ont peu changé. Le souffle est un peu plus doux. Température $38^{\circ} 4$. Pouls 120. La dyspnée a diminué, le malade se sent mieux.



14 novembre. — Bon état général, mêmes signes physiques l'expectoration plus abondante presque pas rouillée. Selles abondantes. Pouls 116.

Les jours suivants la diarrhée s'est arrêtée, les signes pulmonaires se sont sensiblement améliorés, les crachats ne sont plus rouillés mais sont presque purulents, l'état général s'améliore bien que la température reste oscillante entre $37^{\circ} 4$ et 38° ; le malade demande à quitter l'hôpital, le 18 décembre, se sentant mieux et voulant aller se reposer à la campagne.

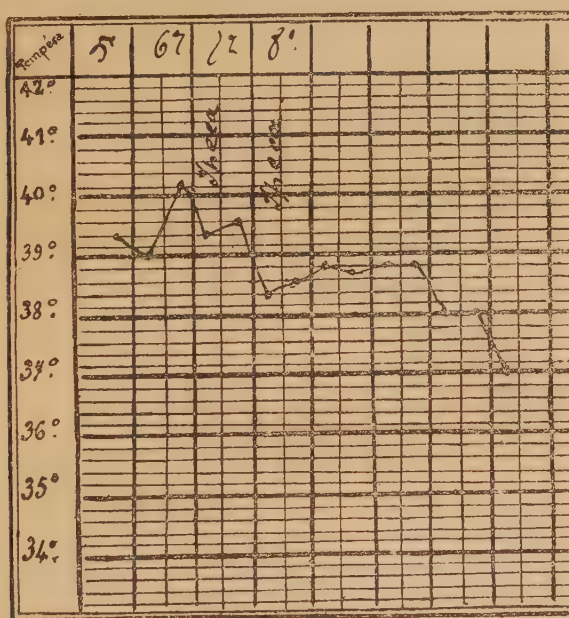
OBSERVATION XXXV

(Due à l'obligeance de M. Dreyfus-Brisac.)

Pneumonie droite. — Paludéen.

Leb... Victor, 42 ans, perceur sur métaux. Entré le 20 novembre 1898, salle Lasègue, n° 18, a eu les fièvres paludéennes en Afrique en 1882.

12 novembre. — Malaise général, mal de tête ; continue à travailler.



16 novembre. — Frisson violent, point de côté très douloureux à gauche.

20 novembre. — Entre à l'hôpital, 39°4.

21 novembre. — Prostration complète, céphalalgie violente,

oppression, point de côté à gauche, crachats visqueux, rouillés, submatité en arrière, à droite et en bas, râles sous-crépitaux, râles crépitants par bouffées surtout après la toux, souffle tubaire.

Le soir, 40°2, le malade très oppressé demande des ventouses scarifiées.

22 novembre. — Mêmes symptômes ; on lui donne 1 gramme d'ipéca en lavage ; il a des vomissements et de la diarrhée.

23 novembre. — L'oppression est bien diminuée. Température tombe à 38°4. Les crachats sont décongestionnés, ils deviennent blanchâtres, muqueux. Le point de côté a disparu. Le souffle tubaire est moins rude. On redonne 1 gramme d'ipéca en lavage ; il n'y a pas de vomissements mais un peu de diarrhée.

24 novembre. — Les symptômes pulmonaires ont bien diminué.

La température descend peu à peu. Le malade se sent beaucoup mieux, sent ses forces revenir et commence à avoir de l'appétit.

1^{er} décembre. — Il quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XXXVI

(Due à l'obligeance de M. Dreyfus-Brisac.)

Pneumonie droite. — Deux potions d'ipéca. — Deux descentes de température le soir.

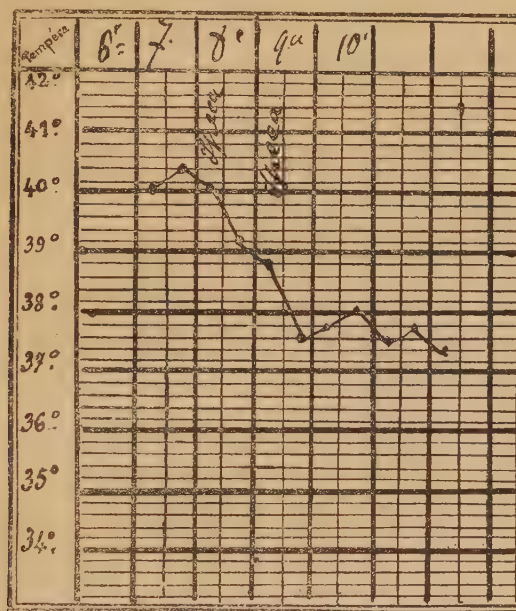
Pic... Auguste, 27 ans, nickeleur. Entré le 9 octobre 1898, salle Lasègue, lit n° 16.

9 octobre. — Entré à l'hôpital le 9 au soir pour une pneumonie ayant débuté dans la nuit du 4 au 5.

Pneumonie siégeant en arrière et à droite dans la profondeur du poumon ; râles sous-crépitaux à droite et en arrière, oppression, dyspnée, douleur généralisée en arrière et à droite, céphalalgie légère, crachats rouillés.

10 octobre. — On lui donne 1 gramme d'ipéca en lavage ;

quelques nausées, pas de vomissements. Il en résulte une décongestion rapide du poumon et une défervescence fébrile remarquable.



Les crachats rouillés deviennent blanchâtres, la température tombe le soir à 39°2.

11 octobre. — 2^e potion d'ipéca. Les phénomènes généraux s'amendent. La défervescence continue.

12 octobre. — Le mieux persiste.

Sort guéri le 15 octobre.

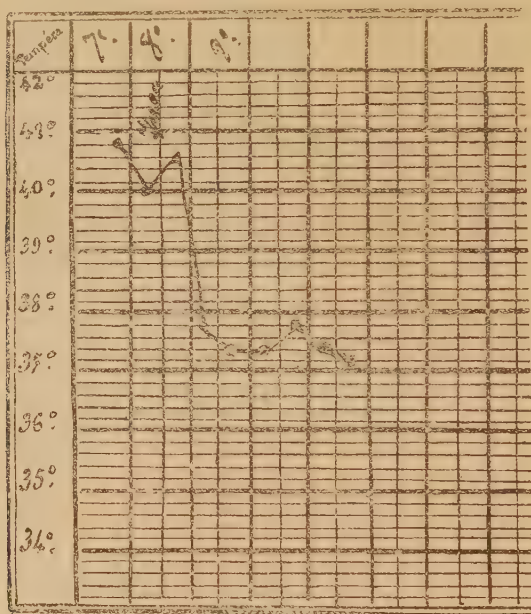
OBSERVATION XXXIX

Pneumonie gauche.

V... Louis, 17 ans, journalière. Entrée, salle Maurice Raynaud, 4 avril 1901, lit n° 25.

Il y a cinq jours, est prise d'un violent frisson, de points douloureux à gauche, tousses et crache, l'état général très mauvais ; entre à l'hôpital le 4 avril.

4 avril. — Très abattue, ne répond pas aux questions qu'on lui pose, reste somnolente, très dyspnéique, crachats rouillés, signes de pneumonie gauche, la nuit a du délire, constipation.



5 avril. — On lui donne un gramme d'ipéca en lavage, la potion est assez bien tolérée, quelques nausées, pas de vomissement, un peu de diarrhée ; après la potion on lui donne un todd avec de l'acétate d'ammoniaque et un peu de spartéine car son cœur est faible.

6 avril. — Reste somnolente le matin, mais l'après-midi se réveille un peu et se sent mieux, la température est tombée, la

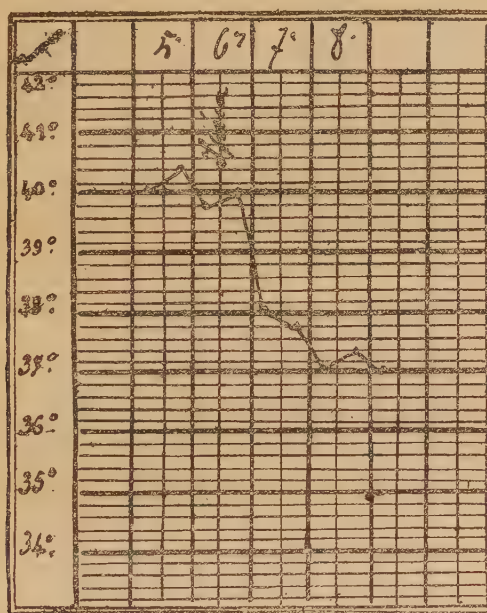
diarrhée s'est arrêtée, l'expectoration est moins visqueuse et beaucoup moins congestive.

L'amélioration de l'état général est rapide, la température reste normale et la malade quitte l'hôpital complètement guérie le 25 avril.

OBSERVATION XL

Entrée le 20 mars 1898, pour une pneumonie gauche. La potion d'ipéca est bien tolérée, ni diarrhée, ni vomissements.

Le lendemain la malade est très soulagée, l'expectoration très abondante et moins adhérente:



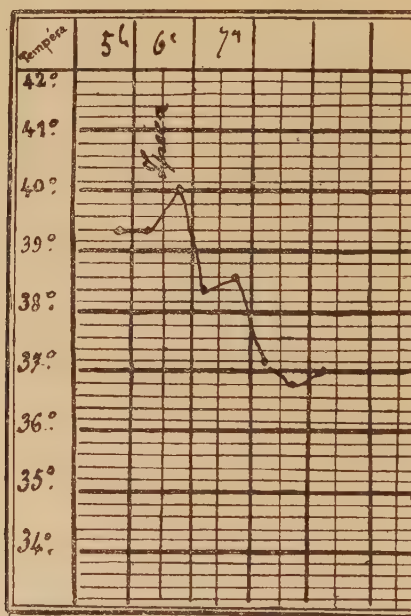
Le 23 mars. — Crachats presque plus ambrés; les signes physiques se sont notablement amendés, le souffle est à peine perceptible, la température est normale. La malade se sent bien. Elle quitte l'hôpital le 2 avril, guérie.

OBSERVATION XLI.

Pleuro-pneumonie gauche.

Entrée le 24 juillet 1899, 15 ans. La potion d'ipéca ne donne pas de vomissements, mais une diarrhée assez abondante.

26 juillet. — La température tombe, la petite malade se sent bien mieux; la dyspnée a diminué. Il n'y a plus d'expectorations. Sort guérie le 4 août.



CONCLUSIONS

Après avoir essayé de juguler la pneumonie et avoir dirigé contre cette infection les remèdes les plus énergiques qui devinrent bientôt un danger pour le malade, beaucoup plus grand que la pneumonie elle-même, un revirement se produisit. Mais on tomba dans l'excès contraire; aux saignées abondantes, aux doses élevées de tartre stibié, on substitua l'expectation, on se croisa les bras, attendant que la nature seule amenât la guérison.

Mais devant les souffrances du malade, devant les craintes de l'entourage qui demandait assistance, devant certains symptômes alarmants, on ne pouvait pas prolonger cette temporisation qui, si elle ne réussissait pas, était d'un bien fâcheux effet pour la réputation du médecin nihiliste. Il fallait faire quelque chose. Et les médecins conscients de leur impuissance à attaquer la pneumonie comprirent qu'il était de leur devoir d'aider les pneumoniques à se défendre. On ne lutta plus contre la phlogose et le stimulus à coups de lancette et de

tartre stibié, mais on combattit avec les stimulants et les toniques. Alors apparurent une foule de médicaments que l'on essaya contre chaque symptôme avec des résultats variables, mais dont beaucoup n'eurent aucun effet sur la marche de la maladie ou sur le malade lui-même. Pourtant « le médecin ne doit pas s'endormir sur le mol oreiller du doute, un peu de foi thérapeutique lui est nécessaire pour être utile à ses malades ». Et il fallait les soutenir et leur donner des armes pour se défendre, car la pneumonie semble plus meurtrière aujourd'hui, non pas que la pneumonie soit plus vigoureuse dans ses attaques, mais la défense est moins énergique, le terrain étant plus épuisé qu'autrefois par l'encombrement, la misère, l'alcoolisme, la syphilis, le surmenage, le nervosisme.

Mais malgré des recherches constantes on n'a pas encore trouvé un traitement spécifique de la pneumonie.

La sérothérapie nous la donnerait-elle ? Espérons-le. Mais il faut encore attendre qu'elle ait fait ses preuves. Et puisque nous ne pouvons pas encore atteindre le microbe lui-même et l'anéantir, notre maître, M. Dreyfus-Brisac, a essayé de l'atteindre indirectement en le mettant dans un terrain impropre à son développement. Pensant que la congestion pulmonaire sur laquelle se greffe l'infection pneumococcique est un excellent milieu de culture pour le pneumocoque, il essaye de décongestionner le poumon pour arrêter l'infection dans son évolution, tout en augmentant la résistance de l'économie contre l'agent pathogène, au moyen des toniques.

Les pneumoniques dès leur entrée dans le service prennent toutes les heures une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Ipéca pulv.....	1 gr.
Julep.....	120 gr.

L'administration de cette potion, généralement bien tolérée, demande un certain doigté ; car il faut éviter les vomissements et la diarrhée, ce que l'on obtient assez facilement en espaçant un peu plus les prises à moins d'intolérance individuelle particulière.

La potion terminée, est remplacée par un Todd auquel on peut ajouter le cas échéant d'autres médications dont l'indication pourrait s'imposer (spartéine, caféine, etc.).

Voici ce que nous avons pu observer chez nos malades après la prise de la médication :

1° Diminution de la dyspnée, souvent du point de côté.

2° Augmentation et facilité plus grande de l'expectoration.

3° Décongestion notable des crachats.

4° Abaissement de la température.

5° Soulagement constant des malades et amélioration de l'état général.

Nos résultats sont encourageants et bien que la statistique soit un argument élastique qu'on peut mettre au service de toutes les causes, car « il suffit de désirer quelque chose pour qu'elle ne le refuse pas », bien qu'elle soit toujours du parti de celui qui l'invoque étant « une

bonne fille qui se livre au premier venu », nous nous permettrons d'ajouter la nôtre à celles déjà parues :

Pneumonies traitées par la saignée, mortalité : 27 % ;
par le tartre stibié : 21,38 % ; traitement mixte (saignée
émétique) (Laënnec-Grisolle) : 16 % .

Hôpitaux de Paris.

Moyenne de 1870-1880 (Besnier).....	25	%
— (Lépine).....	29	%
Saint-Antoine (hydrothérapie, 1900).....	25,3	%
Dr. Talamon (1899).....	37	%
— (1900) (sérum antidiphthérique)...		
	(50 cas)	14 %
D. Dreyfus-Brisac 1899-1901 (ipéca en lavage).	20,5	%
(164 cas) jusqu'à 65 ans....	13,6	%

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BRISSAUD.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

OUVRAGES CONSULTÉS

- BOUCHARD. — *Traité de pathologie générale.*
BONY. — *Thèse*, Paris, 1900.
BROUSSONNET. — *Gazette médicale de Montpellier*, 1850.
— *Journal des Sociétés de médecine pratique de Montpellier*, 1840.
BROUARDEL et GILBERT. — *Traité de médecine et de thérapeutique.*
CASANOVA. — *Thèse*, Montpellier, 1875.
CHARCOT et BOUCHARD. — *Traité de médecine.*
CHAUFFARD. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1870.
CHOUPE. — *Archives de physiologie*, 1875.
DECHAMBRE. — *Dictionnaire encyclopédique.*
DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Leçons de clinique thérapeutique*, t. II.
DEBOVE et ACHARD. — *Manuel de Médecine.*
DEPLAIGNE. — *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, Paris, 1760.
DELIOUX. — *Gazette médicale*, Paris, 1852.
D'ORNELLAS. — *Gazette médicale*, Paris, 1873.
DUPRÉ. — *Montpellier médical*, 1860.
FARJOIS. — Montpellier.
FOURNIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1868.
GRISOLLE. — *Traité de la pneumonie.*
GUIONNET. — *Journal hebdomadaire de médecine*, 1830.
GRASSET. — *Thèse d'agrégation*, 1875.

- GRASSET et AMBLARD. — *Montpellier médical*. 1874-1881.
- HARMAND DE MONTGARNY. — *Journal de médecine et de chirurgie*, 1788.
- HANOT. — *Thèse d'agrégation*, 1880.
- HAYEM. — *Leçons de thérapeutique*, II.
— *Revue des sciences médicales*, 1885-1897.
- JOFFROY. — *Thèse d'agrégation*.
- JACCOUD. — *Clinique de la Charité*, 1869.
- JAUMES. — *Journal des Sociétés de médecine de Montpellier*, 1841.
- LABADIE-LAGRAVE. — *Thèse d'agrégation*, 1878.
- LÉPINE. — *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*.
- LEBCEUF. — *Thèse*. Paris, 1870.
- LYON. — *Traité de thérapeutique*, 1899.
- PETER. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1883.
- MANQUAT. — *Traité de thérapeutique*.
- PECHOLIER. — *Montpellier Médical*, 1862.
— *Bulletin de thérapeutique*, Paris, 1879.
- POLICHRONIE. — *Thèse*, Paris, 1874.
- PERREY. — *Thèse*, Paris, 1854.
- ROBIN. — *Traité de thérapeutique*.
- RESSEGUIER. — *Montpellier Médical*, 1860.
- TALAMON. — *Traité de thérapeutique appliquée*, VIII.
— *Médecine Moderne*, 1899.
- ROGER. — *Dictionnaire des sciences médicales* (pneumonie).
- TROUSSEAU et PIDOUX. — *Traité de thérapeutique*.
- TERRIER. — *Revue de thérapeutique, de médecine et de chirurgie*, 1858.
— IX^e Congrès de médecine interne allemand de Wiesbaden, 18 avril 1900.
— *Presse médicale*, 1900-1901.
— Procès-verbal des Sociétés de médecine de Strasbourg, 1868.



BUZANÇAIS (INDRE). IMPRIMERIE F. DEVERDUN
